QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO | RAPPORT ANNUEL 2011-2012

Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

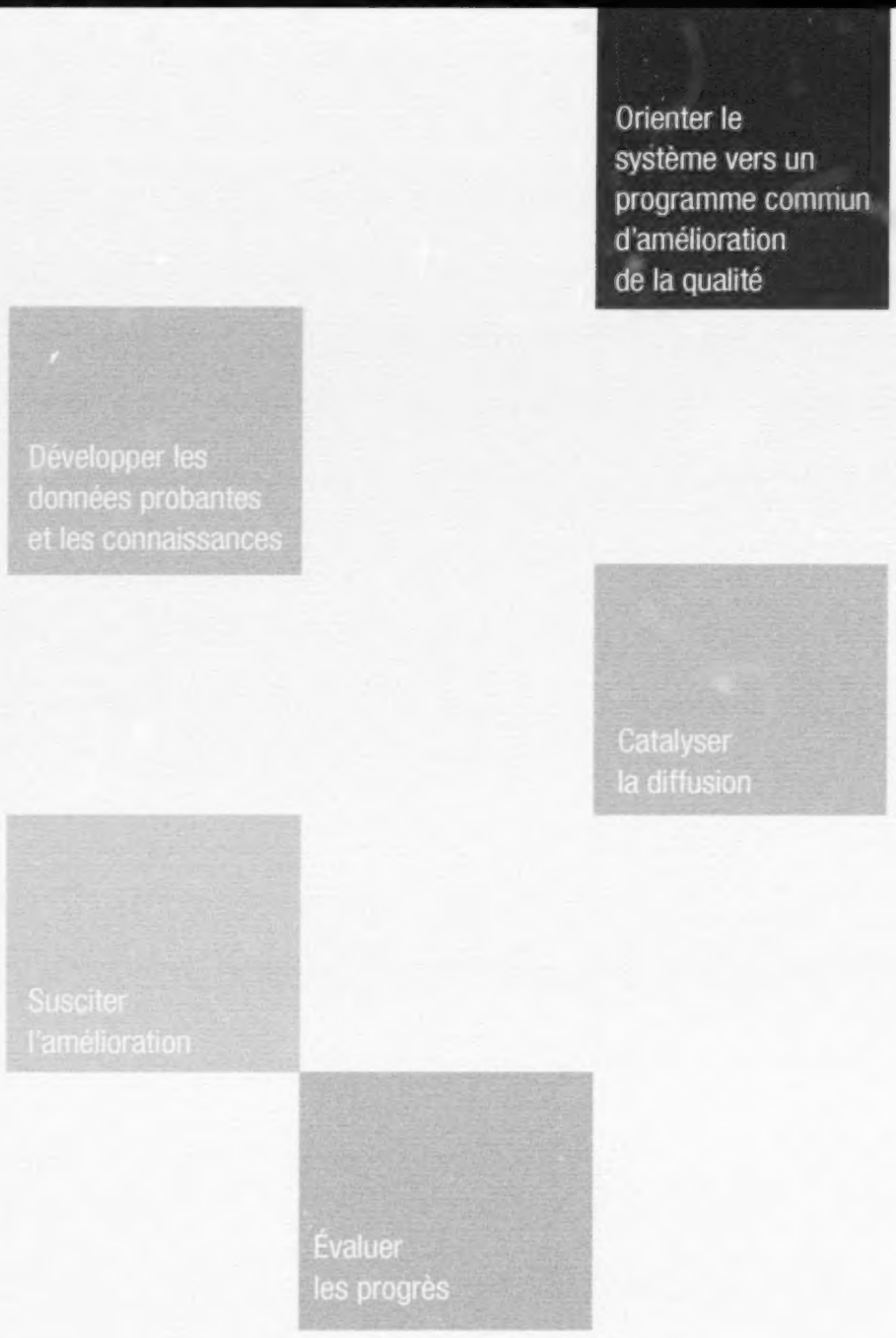

Orienter le système vers un programme commun d'amélioration de la qualité
Développer les données probantes et les connaissances
Catalyser la diffusion
Susciter l'amélioration
Évaluer les progrès

Table des matières

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT À LA MINISTRE 4

MESSAGES DE LA PRÉSIDENTE ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL 5

INTRODUCTION 6

RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES 8

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 10

RECHERCHE ET PRÉSENTATION DE RAPPORTS 14

BÂTIR L'ORGANISME 16

MESURES DU RENDEMENT 17

RÉSULTATS FINANCIERS 17

GOUVERNANCE 18

CONCLUSION 19

COMPENDIUM : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES DE 2011-2012 20

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS INDÉPENDANTS : ÉTATS FINANCIERS 27

Ontario
Qualité des services de santé Ontario

L'honorable Deb Matthews
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Madame la Ministre,

Nous sommes heureux de vous présenter le Rapport annuel 2011-2012 de Qualité des services de santé Ontario, qui contient des renseignements sur nos activités dans le cadre de notre première année de fonctionnement en vertu de notre mandat élargi, ainsi que nos états financiers vérifiés.

Outre les activités élargies axées sur la collecte de données probantes et l'amélioration de la qualité décrites dans le présent rapport, nous avons pris soin de définir notre plan stratégique et sommes en train d'optimiser notre structure organisationnelle. Nous sommes d'avis que la mise en place de ces éléments nous permet, en partenariat avec les fournisseurs de soins de santé, d'assurer un leadership et un soutien essentiels en matière de qualité fondée sur des données probantes dans le but d'aider le système à atteindre ses objectifs d'amélioration des résultats, de l'expérience et de l'optimisation des ressources.

Nous apprécions le soutien continu que vous accordez aux travaux de QSSO.

Cordialement,

Lyn McLeod,
Présidente du conseil

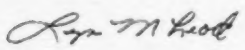
Dr Ben Chan, MD, MPH, MPA
Directeur général

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE

Le rôle essentiel que joue Qualité des services de santé Ontario (QSSO) vise à assurer la qualité supérieure et la durabilité du système de santé de l'Ontario en offrant à ce dernier des données probantes et des outils qui contribuent à l'amélioration de la qualité, ainsi qu'à faire état des progrès accomplis.

Au cours de la dernière année, nous avons relevé le défi qui nous a été lancé au moment de la création de l'organisme en avril 2011. Pour ce faire, nous avons déployé une expertise de pointe en matière de données probantes, d'amélioration de la qualité et de production de rapports. Cependant, nous avons aussi reconnu que l'intégration des activités de QSSO serait nécessaire pour que l'organisme joue un rôle de premier rang en tant que leader du système de santé. En effet, une meilleure intégration est essentielle à la durabilité du système de santé dans son ensemble. Ainsi, nous avons consacré le temps et les ressources nécessaires à l'élaboration de notre plan stratégique en collaboration avec les dirigeants du système de santé et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ainsi que notre propre personnel. QSSO est maintenant en mesure d'assumer le rôle essentiel de leadership qu'on lui a attribué.

Le présent rapport annuel est le dernier que je signerai en tant que présidente. Ce fut un réel plaisir de voir avec quelle passion et quel engagement QSSO a abordé son mandat élargi et cherché la meilleure façon de s'en acquitter. J'aimerais remercier mes collègues du conseil d'administration qui ont consacré des heures et des efforts considérables pour nous permettre de rester sur la bonne voie en ce qui a trait tant à nos activités courantes qu'aux assises de notre mandat élargi. De plus, j'aimerais signaler le dévouement du Dr Ben Chan et du personnel de QSSO, qui offrent au système de santé les outils et le soutien nécessaires à un rendement supérieur durable.

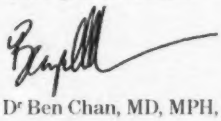


Lyn McLeod,
Présidente du conseil

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Nous sommes fiers de ce que QSSO a été en mesure d'accomplir au cours de la dernière année en vue de soutenir l'amélioration du système de santé – la première année de fonctionnement en vertu de notre nouveau mandat élargi – comme le souligne le présent rapport. Nous avons également hâte de passer à l'étape suivante et de travailler en partenariat avec le système de santé en vue d'atteindre notre principal objectif, soit l'amélioration des résultats, de l'expérience et de l'optimisation des ressources, grâce à notre nouvelle initiative, le programme *meilleureAPPROCHE*.

Au nom de QSSO, j'aimerais exprimer notre plus sincère reconnaissance à notre présidente, Lyn McLeod, pour le leadership marqué et la direction habile dont elle a fait preuve tout au long de son mandat et plus particulièrement au cours de la dernière année. Ce fut un honneur de travailler avec Mme McLeod, qui a joué un rôle inestimable pour faire en sorte que QSSO puisse réussir.



Dr Ben Chan, MD, MPH, MPA
Directeur général

Les travaux de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) font partie intégrante de la stratégie du gouvernement visant à transformer le système de santé en améliorant l'accès à des soins de santé durables et de qualité supérieure, fondés sur des données probantes.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a décidé de regrouper les fonctions des principaux organismes d'amélioration de la qualité de la province afin de donner un élan à la prestation de soins de santé de qualité supérieure fondés sur des données probantes en Ontario. Ces organismes ont donné naissance à QSSO, dont le présent document constitue le premier rapport annuel.

Le mandat de QSSO découle de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, qui définit les rôles essentiels de QSSO, qui consistent à contrôler la qualité du système de santé financé par les deniers publics et à en faire rapport à la population de l'Ontario, afin de soutenir l'amélioration continue de la qualité de ce système et de promouvoir des soins de santé reposant sur les meilleures preuves scientifiques disponibles.

Au cours de l'exercice 2011-2012, nous avons travaillé sur deux fronts. Nous avons franchi des étapes déterminantes consistant à intégrer nos fonctions, à définir la voie à suivre et à lancer de nouvelles initiatives interorganisationnelles, tout en continuant à respecter les engagements de nos organismes prédécesseurs. De façon plus particulière :

- nous avons achevé notre plan stratégique en harmonisant notre plan d'activités et notre structure organisationnelle;
- nous avons entrepris d'importants examens des données probantes et formulé des recommandations en conséquence;
- nous avons continué à soutenir les projets d'amélioration de la qualité dans les secteurs des soins primaires et des soins de longue durée, tout en appuyant l'élaboration des plans d'amélioration de la qualité de tous les hôpitaux, accessibles au public;
- nous renforçons notre capacité de partager les pratiques exemplaires de nos partenaires au moyen d'outils en ligne et d'événements tels que notre Salon et sommet de l'innovation 2011 Ouvrir la voie pour des soins de santé de qualité;
- nous continuons à présenter des rapports sur le rendement du système de santé et avons travaillé avec les secteurs des soins de longue durée et des soins à domicile afin de rendre un plus grand nombre de ces rapports accessibles au public;
- l'élaboration de notre initiative phare, le programme *meilleureAPPROCHE*, est déjà bien avancée. Le programme, qui sera lancé en 2012-2013, vise à promouvoir l'amélioration des résultats et de l'expérience liés aux soins des personnes souffrant de maladies chroniques, ainsi que l'optimisation accrue des ressources pour le système de santé;
- nous mettons en place l'infrastructure nécessaire pour offrir ces services de façon efficace et efficiente, y compris la gestion des projets d'entreprise concernant nos initiatives et une présence améliorée sur le Web;
- nous avons travaillé avec le MSSLD afin de mettre en place des dispositions appropriées en matière de responsabilisation à mesure que nous nous acquittons de notre mandat élargi.

ÉLABORATION DE NOTRE PLAN STRATÉGIQUE

QSSO a été créé afin de servir de catalyseur favorisant la transition du système de santé vers un système de qualité supérieure axé sur des données probantes. Il était évident que les attentes à notre égard étaient élevées, compte tenu du fait que le Plan d'action de l'Ontario en matière de santé, le rapport Drummond et le budget de l'Ontario de 2012 mettaient tous l'accent sur l'importance de nos travaux en cours ainsi que notre rôle futur visant à assurer la durabilité du système.

Comme notre réussite dépend essentiellement des partenariats établis avec les intervenants du système de santé, il était primordial de prendre en compte l'opinion de ces derniers dans notre plan stratégique. Au cours de la dernière année, nous avons entrepris des consultations poussées afin de déterminer les besoins du système de santé et la façon dont QSSO peut y contribuer. En plus de nos discussions avec le MSSLD, nous avons eu la chance de recevoir les commentaires de 73 intervenants et partenaires externes de partout en Ontario, y compris les dirigeants des organismes et des secteurs suivants :

- les réseaux locaux d'intégration des services de santé;
- l'Association des hôpitaux de l'Ontario, le Council of Academic Hospitals of Ontario et les hôpitaux;
- l'Ontario Medical Association;
- les centres de soins de longue durée et d'accès aux soins communautaires;
- le secteur des soins infirmiers, notamment l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario;
- les organismes d'exécution de programmes provinciaux;
- les soins primaires;
- l'Institut de recherche en services de santé;

- Cybersanté Ontario;
- l'Institut canadien d'information sur la santé;
- le secteur de la santé publique;
- d'autres intervenants, dont le milieu universitaire ainsi que les organismes ontariens et nationaux qui se consacrent à l'amélioration des soins de santé.

Nous avons également fait le point sur l'expertise collective de QSSO et les leviers dont nous pouvons nous servir pour favoriser le changement au sein du système, en faisant participer notre personnel à l'ensemble du processus. Comme nous l'avons entendu dire dans le cadre de nos consultations auprès des intervenants, nous sommes bien placés pour assumer notre rôle compte tenu du fait que notre structure présente tous les éléments d'une stratégie de qualité : nous développons des données probantes et diffusons des connaissances; nous suscitons l'amélioration et en catalysons la dissémination en amenant les intervenants du système à collaborer à des stratégies gagnantes et nous évaluons les progrès et présentons des rapports sur les résultats collectifs.

La feuille de route stratégique qui est à la base de notre plan est présentée ci-dessous.

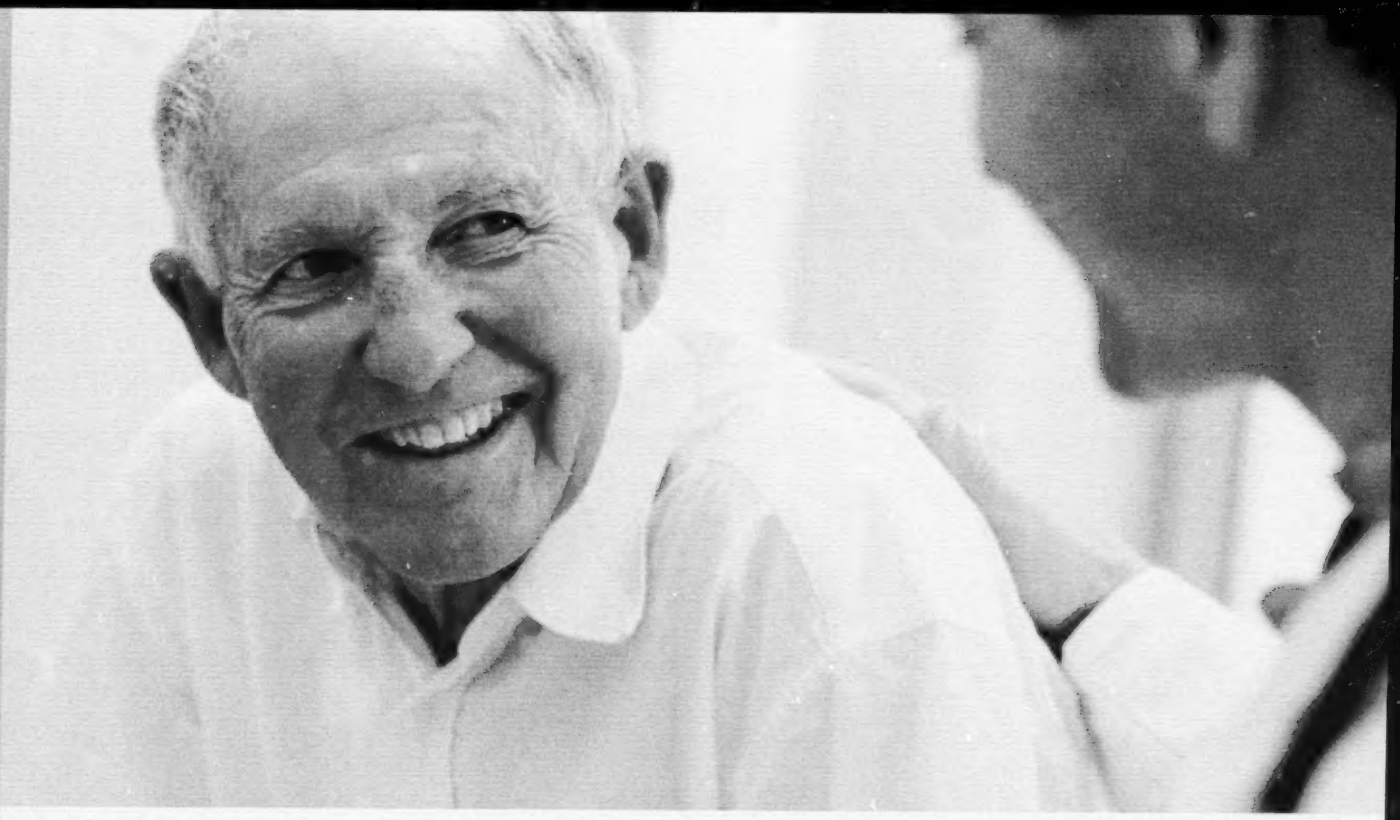
Nos valeurs : transparence, passion, innovation, apprentissage, intégrité, collaboration

Vision	Un système de santé durable qui s'améliore sans cesse et qui s'inspire de données probantes pour optimiser la santé de la population et assurer l'excellence des soins pour tous les Ontariens et Ontariennes		
Mission	Un catalyseur de la qualité, une source indépendante d'information sur les données probantes en matière de santé, une ressource de confiance pour le public		
Objectifs transformationnels	***Accélérer l'application des données probantes*** *pour opérer des améliorations de la qualité dans les services de santé*	***Stimuler une culture de la qualité, la valeur et la responsabilité*** *dans l'ensemble du système de santé en Ontario*	***Établir des partenariats et favoriser l'intégration*** *dans les différentes composantes du système de santé*
Principal objectif qualitatif	**Meilleurs résultats, meilleure expérience, meilleure rentabilité**		

NOS RÔLES

Orienter le système vers un programme commun d'amélioration de la qualité	**Développer les données probantes et les connaissances**	**Susciter l'amélioration**	**Catalyser la diffusion**	**Évaluer les progrès**
Établir les priorités, les buts et les objectifs, et mobiliser les leaders du système autour d'un programme commun dans le but de maximiser les répercussions pour les Ontariennes et Ontariens.	Accéder aux données probantes et aux connaissances nécessaires pour dispenser des soins de qualité et améliorer la santé de la population, y compris les recommandations sur le financement qui fixent les attentes en matière de qualité, ou développer ces données et ces connaissances.	Élaborer les instruments et les soutiens nécessaires pour accélérer l'adoption des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Favoriser le développement de la capacité d'amélioration de la qualité dans le système.	Orienter et soutenir les intervenants du système et favoriser la collaboration entre eux pour diffuser les connaissances sur les pratiques exemplaires, les instruments de mesure et les stratégies de mise en œuvre. Enchâsser les pratiques exemplaires dans les normes.	Faire preuve de responsabilité en fournissant au moment opportun le contrôle, la mesure et les rapports sur le système de santé. Évaluer les progrès et en rendre compte au public.

Pendant nos consultations, on nous a conseillé vivement de mettre l'accent sur un ensemble de priorités fondamentales et d'intégrer pleinement nos activités à l'échelle de l'organisme afin de maximiser nos contributions au système. À mesure que le plan stratégique progressait, nous avons élaboré et harmonisé notre plan d'activités et notre structure organisationnelle en parallèle, tenant compte de ce conseil. Nous sommes en voie de mettre en œuvre notre nouvelle structure organisationnelle.



RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) effectue des analyses fondées sur des données probantes afin d'évaluer l'efficacité, l'efficience et l'innocuité des interventions en santé, dont les suivantes :

- les appareils médicaux;
- les interventions;
- les tests de diagnostic, de dépistage et de surveillance;
- les services.

Ce travail vient soutenir les recommandations présentées à la ministre et aux fournisseurs de soins, tout en jetant les bases de nos propres activités. Cet effort est supervisé pour le compte du conseil par le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS), un groupe de scientifiques et de dirigeants très bien informés provenant des différents secteurs du système de santé.

Le CCOTS a été créé initialement pour prodiguer des conseils au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Au début de 2012-2013, il est devenu un comité du conseil à part entière, ce qui lui permet d'offrir aux administrateurs de QSSO des conseils tenant compte du point de vue concret des fournisseurs de soins et des patients, de formuler des recommandations pertinentes à l'intention de la ministre et des intervenants du système de santé et de contribuer aux travaux de développement de données probantes de QSSO.

En règle générale, il est possible de classer comme suit le volet des travaux de QSSO sur les données probantes :

- Examens préliminaires des données probantes – Des examens préliminaires des données probantes sont effectués lorsqu'on demande à QSSO d'examiner les données relatives à l'efficacité, à l'innocuité et à l'efficience d'une intervention pour laquelle il n'y a pas suffisamment de données probantes publiées pour procéder à une analyse complète fondée sur de telles données.
- Analyse fondée sur des données probantes – Il s'agit d'examens systématiques effectués par QSSO au moyen de données probantes recueillies dans la documentation scientifique et complétées par des comités d'experts au besoin afin d'évaluer l'efficacité, l'innocuité et l'efficience d'une technologie.
- Méga-analyse – QSSO va de plus en plus au-delà des analyses uni-interventionnelles fondées sur des données probantes pour réaliser des examens élargis, connus sous le nom de méga-analyses, qui examinent et comparent l'efficacité, l'efficience et l'innocuité de multiples interventions pour un état pathologique ou un état de santé donné.
- Plus tard en 2012-2013, QSSO ajoutera en outre de nouveaux échelons d'examen des données probantes.

- Réponse rapide – Afin de répondre aux besoins pressants de renseignements auxquels fait face le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, QSSO donnera des réponses rapides (préparées dans un délai de deux semaines) sous forme de bref aperçu préliminaire des données probantes existantes.
- Pertinence – Ce travail génère des analyses et des recommandations fondées sur des données probantes qui découragent la surutilisation, la sous-utilisation ou la mauvaise utilisation des technologies et des services de santé en Ontario.

Le CCOTS examine tous les documents à l'exception des réponses rapides, compte tenu des contraintes de temps et du caractère potentiellement sensible des documents en question. Dans le cas des examens préliminaires des données probantes, le CCOTS aura déterminé qu'un examen complet n'est pas possible, mais pourrait formuler des recommandations en fonction des renseignements dont il dispose.

En ce qui a trait aux analyses fondées sur des données probantes ou aux méga-analyses, le CCOTS procède à l'examen final des efforts de développement de données probantes de QSSO afin d'assurer l'exhaustivité et l'actualité des données utilisées. Durant le processus d'élaboration puis d'examen des recommandations dans le cadre du processus de participation du public, le CCOTS s'assure que les résultats importants pour le public sont relevés et étudiés.

Une fois que le CCOTS a terminé son travail, les recommandations ayant une incidence systémique ou financière importante sont examinées par le conseil, qui doit les approuver avant qu'elles ne soient présentées officiellement à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

Au cours de l'exercice 2011-2012, le CCOTS a formulé des recommandations qui ont été approuvées par le conseil dans les domaines suivants :

- le CCOTS a formulé 14 recommandations à l'intention de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée concernant la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique, dont deux signalaient le besoin de mener une étude plus approfondie;
- les autres recommandations adressées à la ministre portaient sur le test sérologique pour le dépistage de la maladie cœliaque, l'utilisation de la liaison croisée du collagène cornéen pour le traitement des troubles d'amincissement de la cornée, la surveillance ambulatoire de la tension artérielle 24 heures sur 24, la prévention des plaies de pression et l'ablation endovasculaire des varices;
- les recommandations formulées à l'intention du système de santé concernaient le test génétique de détection d'une myocardiopathie dilatée, la télésurveillance assistée par Internet des dispositifs cardiovasculaires électroniques implantables, la sclérose en plaques et l'insuffisance veineuse céphalorachidienne chronique (mise à jour de travaux antérieurs), la thérapie par contrainte induite pour la réadaptation du dysfonctionnement des bras à la suite d'un AVC chez les adultes, la surveillance continue de la glycémie chez les patients atteints de diabètes, les courbes de pression diurnes pour l'évaluation de l'apparition ou de l'évolution du glaucome et les nouveaux tests pharmacogénomiques.

Des résumés de ces recommandations se trouvent dans le compendium de la page 20, tandis que tous les détails sont affichés sur notre site Web à l'adresse http://www.hqontario.ca/fr/mas/ohtac_home.html.

Aide financière fondée sur des éléments probants

Conformément à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, QSSO a commencé à élargir la portée de sa pratique fondée sur des éléments probants au-delà des recommandations sur la technologie et les innovations en santé afin de contribuer au processus décisionnel du gouvernement concernant la politique de financement. L'année dernière, nous avons travaillé étroitement avec le MSSLD, compte tenu du fait que ce dernier définit le cadre de financement. Nos efforts ont porté sur la planification en vue :

- de clarifier nos responsabilités et nos rôles respectifs;
- d'établir les premiers domaines d'intérêt particulier, notamment l'élaboration d'un processus de réception des demandes du MSSLD;
- de définir la portée et la nature des recommandations.

Nous sommes maintenant en mesure de lancer ces activités en 2012-2013.

QSSO joue un rôle remarquable sur le plan de l'amélioration de la qualité des soins de santé en Ontario grâce fondamentalement à son expertise reconnue et sa feuille de route en matière de mise en œuvre réussie de programmes. Au cours de l'exercice 2011-2012, nous avons continué à offrir des programmes dans les secteurs des soins de longue durée et des soins primaires. Nous avons soutenu des initiatives en matière de soins palliatifs et de soutien en cas de troubles du comportement. Nous avons élargi notre portée en travaillant en partenariat avec le MSSLD et les hôpitaux concernant les plans d'amélioration de la qualité de ces derniers. En outre, nous avons tenu le Salon et sommet de l'innovation Ouvrir la voie pour des soins de santé de qualité en partenariat avec le MSSLD et l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Nous avons aussi commencé à élaborer notre programme phare, intitulé *meilleureAPPROCHE*, qui permettra d'intégrer et d'harmoniser les efforts déployés dans l'ensemble de notre organisme afin de favoriser le changement systémique.

INITIATIVE PRIORITÉ AUX RÉSIDENTS

L'initiative Priorité aux résidents, une stratégie quinquennale provinciale destinée aux foyers de soins de longue durée, a continué d'offrir un soutien dans toute la province aux initiatives d'amélioration de la qualité ainsi qu'au maintien et à la diffusion des améliorations apportées. QSSO a travaillé avec les foyers de soins de longue durée sur des projets d'amélioration de la qualité liés à la prévention des chutes et des plaies de pression, aux soins de l'incontinence, à la réduction des visites aux services des urgences, à l'affection cohérente des préposés aux services de soutien à la personne et aux améliorations générales de l'efficacité (allègement). En 2011-2012, 100 foyers de soins de longue durée ont reçu le Prix Priorité aux résidents pour l'amélioration de la qualité, qui exige entre autres que les foyers affichent une amélioration de 25 pour cent à l'égard d'au moins un des critères d'évaluation du processus. Dans le cadre de son forum annuel sur l'amélioration de la qualité, l'Institute for Healthcare Improvement a invité QSSO à présenter une étude de cas sur les réalisations de l'un des foyers participant à l'initiative Priorité aux résidents.

Le taux de participation a été élevé, plus de 186 nouveaux foyers s'étant inscrits à l'initiation Priorité aux résidents en 2011-2012, dans le cadre de programmes axés sur le travail d'équipe et autogérés, en plus des 122 foyers qui étaient déjà actifs. La collaboration avec ces nouveaux foyers a permis la formation de 200 responsables de l'amélioration de la qualité et de 500 membres du personnel, qui ont acquis les connaissances et les outils leur permettant de mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité dans leurs foyers de soins de longue durée. Parmi les nouveaux foyers participant aux programmes axés sur le travail d'équipe, 47 pour cent obtiennent déjà des résultats dans le cadre de leur plan d'amélioration de la qualité, se joignant aux 63 pour cent du groupe précédent qui ont déjà apporté des améliorations importantes en participant à l'initiative.

HORAIRES DÉCALÉS ET EFFICIENCE

Depuis 2008, QSSO met en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité relatives aux horaires décalés et à l'efficience dans le secteur des soins primaires, la porte d'entrée du système de santé, dans le cadre de ses efforts visant à renforcer la capacité d'amélioration de la qualité. Ses objectifs consistent à aider les cabinets dispensant des soins primaires à rationaliser leurs activités afin de réduire les temps d'attente des patients et d'améliorer la qualité et la continuité des soins ainsi que les pratiques administratives. Pendant l'exercice 2011-2012, 200 équipes représentant plus de 900 personnes ont terminé la formation offerte dans le cadre de nos initiatives d'amélioration de la qualité, donnée à temps partiel sur une période de plusieurs mois. Plus de 50 pour cent des cabinets qui ont participé à l'initiative ont affiché des taux d'amélioration modérés et élevés relativement aux principaux critères d'accès des patients aux soins primaires.

Depuis février 2011, nous avons élargi notre portée afin d'inclure non pas seulement les milieux de pratique axés sur le travail d'équipe (p. ex., les équipes de santé familiale et les centres de santé communautaires), mais tous les modèles de pratique de soins primaires (p. ex., les organismes de santé familiale, les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les fournisseurs indépendants). Nous surveillons étroitement les inscriptions et les résultats afin de nous assurer de répondre aux besoins de tous les groupes. À l'avenir, nous prévoyons harmoniser cette initiative avec le programme *meilleureAPPROCHE* qui se concentre sur la prise en charge des maladies chroniques.

VOLET DES SOINS PALLIATIFS DU PROJET D'INTÉGRATION DES SOINS

Le volet des soins palliatifs du Projet d'intégration des soins, qui porte sur la prestation des soins palliatifs en Ontario, met l'accent sur la compréhension des lacunes existantes dans ce domaine et la formation sur l'amélioration de la qualité afin de créer un système de soins aux patients plus efficace et mieux intégré. QSSO a travaillé étroitement avec cinq groupes de réseaux locaux d'intégration des soins de santé et de centres d'accès aux soins communautaires (Centre-Ouest, Hamilton Niagara, Haldimand Brant, Mississauga Halton, Centre-Toronto et Waterloo Wellington) pour la mise en œuvre du modèle d'intégration des soins palliatifs. Un bureau de gestion de projet, situé dans les locaux de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, assure la coordination centralisée.

QSSO a offert de la formation, des outils et de l'encadrement dans les domaines de la méthodologie et de la science de l'amélioration de la qualité, sur le plan notamment du perfectionnement des compétences, dans le but de maintenir et de diffuser les gains découlant des améliorations. Les points saillants de ce travail ont ensuite été présentés par le directeur général de QSSO, Ben Chan, à l'Annual Hospice Palliative Care Conference 2012. QSSO a en outre dirigé l'élaboration d'un plan directeur concernant les soins palliatifs, qui a jeté les bases de la mise au point de démarches fondées sur les résultats. Bien que ce projet ait une durée limitée, il devrait ouvrir la voie à de futurs projets grâce à sa structure transversale et sa démarche axée sur les soins en fin de vie offerts aux personnes âgées dont la santé est fragile.

PROJET ONTARIEN DE SOUTIEN EN CAS DE TROUBLES DU COMPORTEMENT

Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement répond aux besoins des personnes âgées qui souffrent de déficiences cognitives en raison de problèmes de santé mentale, de dépendances, de démence ou d'autres affections neurologiques et qui ont des comportements sensibles ou difficiles comme l'agressivité, l'errance, la résistance physique et l'agitation. Cette population peut vivre chez elle ou dans des établissements de soins actifs ou de soins de longue durée. En s'appuyant sur le cadre de soins élaboré en 2010 par un groupe de travail sous les auspices du MSSLD, le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement relève du RLISS de North Simcoe Muskoka, qui travaille en collaboration avec d'autres RLISS, la Société Alzheimer du Canada et l'Alzheimer Knowledge, ainsi qu'avec QSSO en ce qui a trait au soutien à la formation sur le renforcement des capacités et l'amélioration de la qualité. Le Projet a été mis en œuvre dans l'ensemble des 14 RLISS; le modèle de mise en œuvre a été élaboré par les 4 premiers RLISS à avoir adopté le projet, chacun ayant la responsabilité de partager ses connaissances et son expérience avec les 10 autres RLISS.

Les compétences de base et les descriptions de tâches ont été normalisées et une feuille de route relative au renforcement des capacités a été distribuée aux foyers de soins de longue durée. Tous les RLISS ont maintenant un plan d'action, élaboré avec l'aide des personnes responsables de l'encadrement au sein de QSSO. Chaque RLISS a une équipe mobile affectée au Projet. QSSO a directement mobilisé plus de 600 participants représentant plus de 200 organismes au sein du système de santé.

Les premières indications laissent entendre que tous ces efforts ont entraîné une réduction de la durée des hospitalisations. De plus, le personnel nouvellement formé est mieux outillé pour appuyer le changement systémique durable et l'amélioration continue de la qualité relativement à cette population de patients.

PLANS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Conformément à la ***Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous***, chaque hôpital doit préparer annuellement un plan d'amélioration de la qualité et le rendre accessible au public. QSSO a travaillé en partenariat avec le MSSLD et l'Association des hôpitaux de l'Ontario afin d'en assurer la direction sur le terrain. En avril 2011, QSSO a reçu 152 plans d'amélioration de la qualité (PAQ), fournis par chacun des hôpitaux de l'Ontario. Pour certains hôpitaux, il s'agissait de leur tout premier PAQ. Pour QSSO, il s'agissait d'une première occasion d'examiner les PAQ des hôpitaux de toute la province et d'utiliser l'analyse pour les aider à améliorer leurs plans et à renforcer leur capacité de les mettre en œuvre.

En 2011-2012, nous avons publié notre analyse des PAQ des hôpitaux : ***Plans d'amélioration de la qualité 2011 : Une analyse à l'appui de l'apprentissage***. Dans ce rapport, nous avons reconnu que tous les hôpitaux se sont conformés aux exigences de la loi et avons souligné l'effort que cela a nécessité. Nous avons relevé certains défis auxquels ont fait face les hôpitaux au moment de l'élaboration de leurs PAQ et en avons examiné les causes profondes. Nous avons donné certains exemples de plans qui se démarquaient par leur vision claire et leur stratégie d'amélioration. Le rapport contient également des renseignements visant à aider les hôpitaux à préparer les PAQ de 2012.

En s'appuyant sur les apprentissages et la rétroaction ayant fait suite au processus de 2011, QSSO a contribué à repenser les documents d'orientation relatifs aux PAQ afin d'aider les hôpitaux à se conformer aux exigences de la loi en 2012 et de lui permettre de faire des comparaisons à l'échelle de la province en utilisant un ensemble minimal d'indicateurs de qualité.

PROGRAMME *meilleureAPPROCHE*

Le programme ***meilleureAPPROCHE*** (pour des soins de santé adaptés, rapides et axés sur la personne) est notre nouvelle initiative phare. Il intégrera l'ensemble des leviers stratégiques de QSSO en vue de favoriser des changements systémiques permettant d'assurer de meilleurs soins, une meilleure santé et une optimisation accrue des ressources pour les Ontariens. Le programme ***meilleureAPPROCHE*** permettra au système de se concentrer sur l'optimisation des soins fournis aux Ontariens. Les populations cibles de départ seront les personnes souffrant d'une maladie chronique complexe, telle que le diabète, une insuffisance cardiaque congestive, une coronaropathie, un AVC et une maladie pulmonaire obstructive chronique. Ces personnes ont des besoins complexes en matière de soins, qui exigent des soins primaires, des soins à domicile, des hospitalisations et la consultation de spécialistes. La prise en charge de ces maladies requiert des transitions en douceur entre ces types de

soins et des traitements dont les bienfaits ont été prouvés scientifiquement. Sinon, elles peuvent s'aggraver et entraîner des hospitalisations qui auraient pu être évitées. Des soins appropriés amélioreront la qualité de vie de ces personnes et réduiront le fardeau sur les familles et le système de santé.

Les interventions sont conçues de manière à pouvoir être appliquées de façon générale en y apportant les modifications appropriées afin de profiter à un public plus large, et nous travaillerons avec diligence pour en soutenir l'adoption généralisée afin d'en maximiser les répercussions.

Les principaux objectifs des idées liées aux changements cliniques sont regroupés dans les catégories suivantes :

- les transitions;
- l'indépendance et la sécurité;
- la prise en charge des maladies chroniques.

Le contenu, le moment et l'exécution des activités de cette initiative complexe sont en cours d'élaboration en collaboration avec le MSSLD et nos partenaires du système de santé, y compris les RLISS. Le programme *meilleureAPPROCHE* sera lancé en 2012-2013.

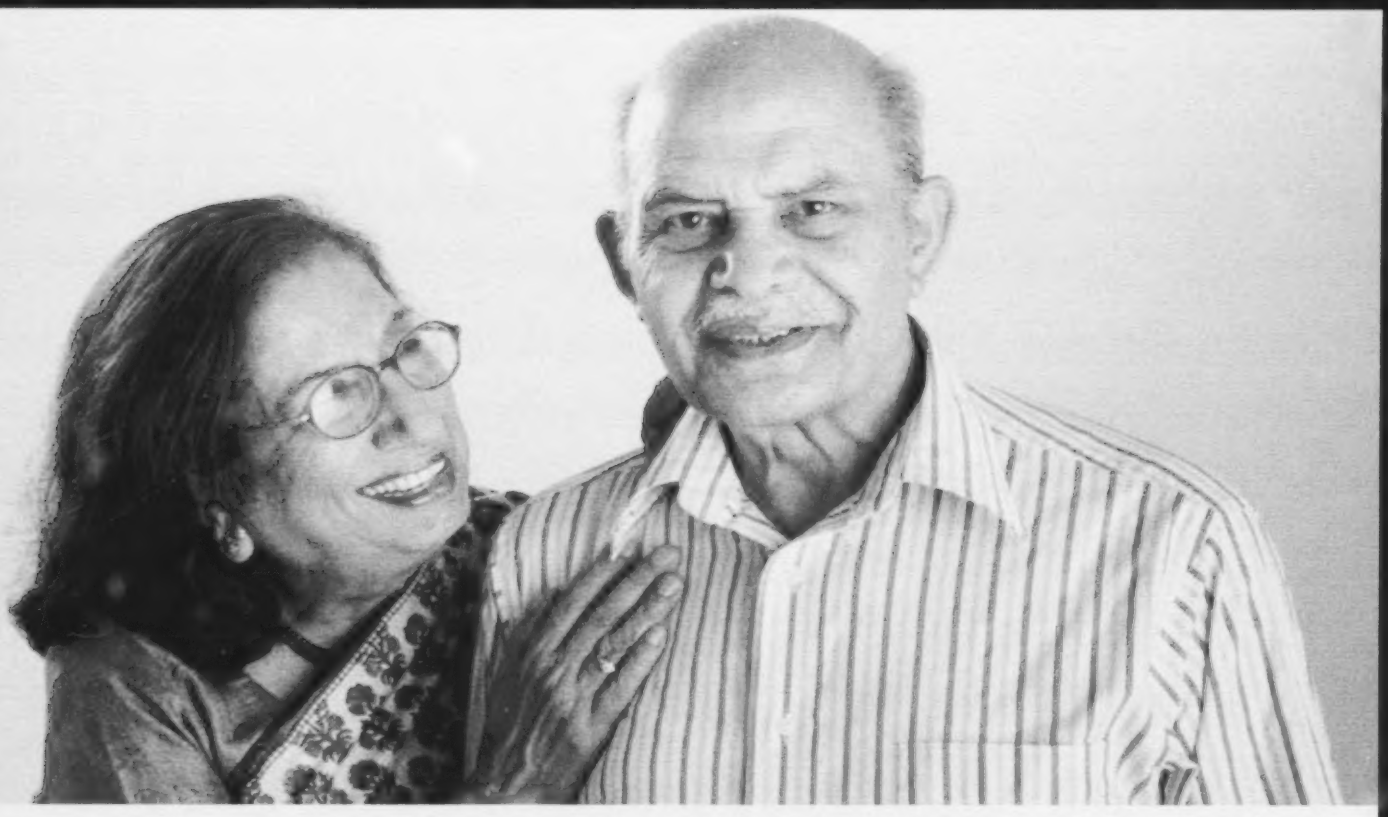
SALON ET SOMMET DE L'INNOVATION OUVRIR LA VOIE POUR DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ

Le 9 novembre 2011, QSSO, conjointement avec le MSSLD et l'Association des hôpitaux de l'Ontario, a organisé le Salon et sommet de l'innovation Ouvrir la voie pour des soins de santé de qualité au Palais des congrès du Toronto métropolitain.

C'était la première fois que QSSO jouait un rôle dans l'organisation de cet événement et l'organisme était responsable de la création du contenu et de la présentation de trois séances d'apprentissage. Les sujets abordés comprenaient la mise en place d'un réseau de défenseurs de l'amélioration de la qualité et les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux prescrits par la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Ben Chan, directeur général de QSSO, a animé une discussion entre experts sur les hospitalisations évitables, lançant un dialogue avec les dirigeants du système de santé qui a contribué à l'élaboration du programme *meilleureAPPROCHE*.

Les experts invités et plus de 900 représentants de tous les secteurs du système de soins de santé ont participé à ce forum interactif de partage d'idées. Près de 50 exposants ont présenté leurs idées innovatrices et leurs réussites en matière d'amélioration de la qualité.

La ministre de la Santé et des Soins de longue durée a pris la parole pendant l'événement, visité la salle d'exposition et remis le prix du choix des participants pour la meilleure présentation.



Les rapports destinés au public constituent l'un des principaux éléments du mandat de la QSSO. Au cours de l'exercice 2011-2012, nous avons publié notre rapport annuel sur l'état du système de santé ontarien, intitulé Observateur de la qualité, et avons également lancé des sites Web mis à jour et améliorés faisant état de la qualité des soins de longue durée et des soins à domicile dans la province.

OBSERVATEUR DE LA QUALITÉ

Le rapport Observateur de la qualité a été rendu public le 2 juin 2011 par la présidente et le directeur général. Il soulignait qu'il y avait encore trop de patients qui occupaient des lits destinés à des patients ayant d'autres niveaux de soins (ANS) dans les hôpitaux de la province et que les temps d'attente pour les soins de longue durée étaient toujours très élevés. QSSO a demandé au gouvernement de l'Ontario de s'attaquer aux causes profondes de la situation relative aux autres niveaux de soins.

De façon générale, le rapport soulignait trois domaines à surveiller pour améliorer la qualité globale du système de soins de santé : l'accès aux soins de santé, la prise en charge des maladies chroniques et l'évaluation de la santé de la population en ce qui a trait notamment au tabagisme, à l'obésité, à l'exercice et à l'alimentation.

Du côté positif, le rapport attirait également l'attention sur de nombreuses réalisations importantes, dont l'amélioration de l'accès aux soins primaires et des résultats pour les patients souffrant de coronaropathie, la réduction des temps d'attente pour de nombreuses interventions chirurgicales et les tomodensitogrammes ainsi que la baisse du taux de tabagisme. Les temps d'attente dans les services des urgences ont également chuté, mais sont encore loin d'être idéaux.

Afin de favoriser la diffusion d'idées innovatrices, le rapport contenait également plusieurs exemples d'idées d'amélioration de la qualité qui donnent des résultats positifs pour le système de santé.

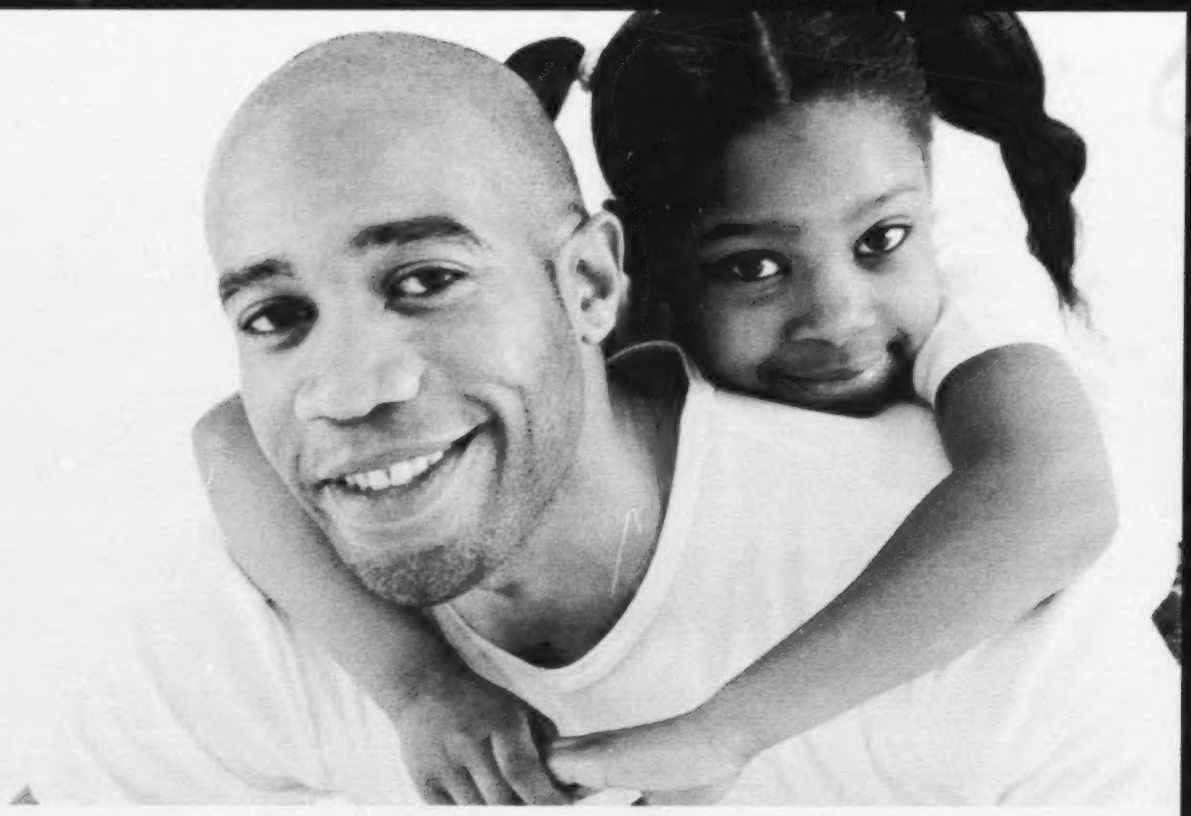
RAPPORTS SUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le 28 mars 2012, QSSO a lancé ses sites Web mis à jour et renouvelés contenant des rapports destinés au public sur la qualité des foyers de soins de longue durée et des soins à domicile. En assurant la transparence des résultats, ces organismes sont encouragés à s'améliorer. Près de 300 foyers ont affiché volontairement leurs résultats concernant les indicateurs de qualité relatifs à l'incontinence, aux chutes, aux plaies de pression et aux dispositifs de contention, ce qui représente une augmentation de 300 pour cent par rapport à 2011. D'ici la fin de 2012, on prévoit que ces données seront affichées pour tous les foyers de soins

de longue durée. Les renseignements sont fournis pour l'ensemble de la province et le public peut en outre chercher des foyers par code postal ou RLISS.

RAPPORTS SUR LES SOINS À DOMICILE

Le site Web relatif aux soins à domicile présente les résultats de 11 indicateurs de qualité des soins à domicile en ce qui a trait notamment aux temps d'attente, à l'incontinence, à la fonction cognitive et aux plaies de pression. Les renseignements sont fournis tant à l'échelon provincial qu'à celui des CASC et le site présente en outre des renseignements sur les expériences des clients. Le Conseil canadien de la santé a ultérieurement reconnu, dans son document intitulé ***Rapport de progrès 2012 : Renouvellement des soins de santé au Canada***, que ce site était la première source de renseignements publics concernant la qualité des services de soins à domicile au Canada.



L'investissement dans l'excellence organisationnelle est essentiel pour que nous puissions servir de modèle en matière de qualité des soins de santé en Ontario. Au cours de la dernière année, QSSO a mis en place l'infrastructure nécessaire pour favoriser des pratiques de fonctionnement efficaces.

Au début de l'année, nous avons déployé des efforts considérables pour nous assurer que nous disposions de l'effectif nécessaire pour nous acquitter de notre mandat élargi, notamment en embauchant des personnes qui étaient à l'emploi des organismes prédécesseurs et en accueillant les personnes transférées du MSSLD qui travaillaient au développement de données probantes. Nous avons collaboré avec le MSSLD à la mise au point des derniers détails de notre entente de responsabilisation pour 2011-2012 et avons préparé notre premier plan d'activités. Nous avons abondamment consulté notre personnel et les intervenants afin de concevoir notre plan stratégique. Une fois le plan achevé, nous procéderons à l'harmonisation de notre structure organisationnelle. Nous avons aidé notre conseil d'administration à mettre à jour ses structures de gouvernance afin qu'elles correspondent à notre mandat révisé.

Nous avons bien avancé dans la mise en œuvre de la gestion intégrée de projets qui nous aidera à maintenir le cap concernant les produits livrables. Nous avons élargi la portée de nos rapports financiers avec la mise en place d'un nouveau plan comptable. Nous avons pris des dispositions pour transférer les données des organismes prédécesseurs. De plus, nous avons pris de mesures pour renforcer les ententes en matière de technologies de l'information afin de nous assurer de disposer de la capacité et du matériel nécessaires au soutien de l'organisme à un niveau supérieur.

QSSO doit avoir la capacité de communiquer et d'interagir avec les fournisseurs de soins de santé et le public de façon soutenue. Nous avons par conséquent mis en place un projet de regroupement des ressources en ligne qui vise à mettre en œuvre une stratégie triennale sur le Web. Au départ, les activités étaient axées sur le transfert des documents Web des organismes prédécesseurs. Nous procédons actuellement à leur intégration et à leur élargissement afin d'inclure d'autres renseignements pertinents sur les soins actifs et la sécurité des patients. Nous prévoyons en outre améliorer la fonctionnalité de notre système principal à l'appui de nos exigences en matière de présentation de rapports sur le système de santé.

Nous gardons à l'esprit les principes de durabilité et d'efficience dans tout ce que nous faisons. Nous prévoyons nous appuyer beaucoup plus sur la webdiffusion et les téléconférences afin de réduire les coûts de déplacement et avons tenu compte de cela dans la mise à niveau de nos systèmes de TI. Après avoir regroupé nos ententes en matière de soutien des TI, nous avons lancé un nouvel appel d'offres afin de réaliser des économies. Enfin, au cours de l'année, nous avons réduit de quatre à deux le nombre d'emplacements abritant nos bureaux.

MESURES DU RENDEMENT

Compte tenu du fait que 2011-2012 a été la première année de fonctionnement de QSSO à titre d'entité regroupée, nous avons dû déployer des efforts considérables afin de définir nos programmes et nos projets et de mettre les ressources en place. Ainsi, nous nous sommes généralement occupés des jalons plutôt que des mesures de rendement et, bien que nous ayons atteint bon nombre d'entre eux, nous avons dû résoudre certains problèmes découlant principalement de la vaste gamme d'activités qui étaient lancées et de la nécessité d'harmoniser les plans et les ressources.

En 2011-2012, nous avons défini les mesures de rendement des projets d'amélioration de la qualité, que nous continuerons d'utiliser, et avons l'intention d'élargir l'application de ces mesures à l'ensemble de nos activités en 2012-2013. Notre nouveau plan stratégique en fournit le cadre.

Nous avons également défini et commencé à lancer les processus de suivi de notre rendement, qui prévoient des mesures correctives au besoin. Des responsabilités claires en matière de rendement ont été attribuées aux membres de l'équipe de direction, le cas échéant. Notre équipe de direction examine l'ensemble des rapports mensuels et trimestriels sur la progression de nos initiatives, ainsi que des rapports trimestriels sur le rendement, et peut ensuite se pencher sur les problèmes qui ressortent en matière de rendement. De plus, notre conseil d'administration reçoit et examine les rapports trimestriels sur les initiatives et le rendement, en plus des rapports financiers trimestriels.

RÉSULTATS FINANCIERS

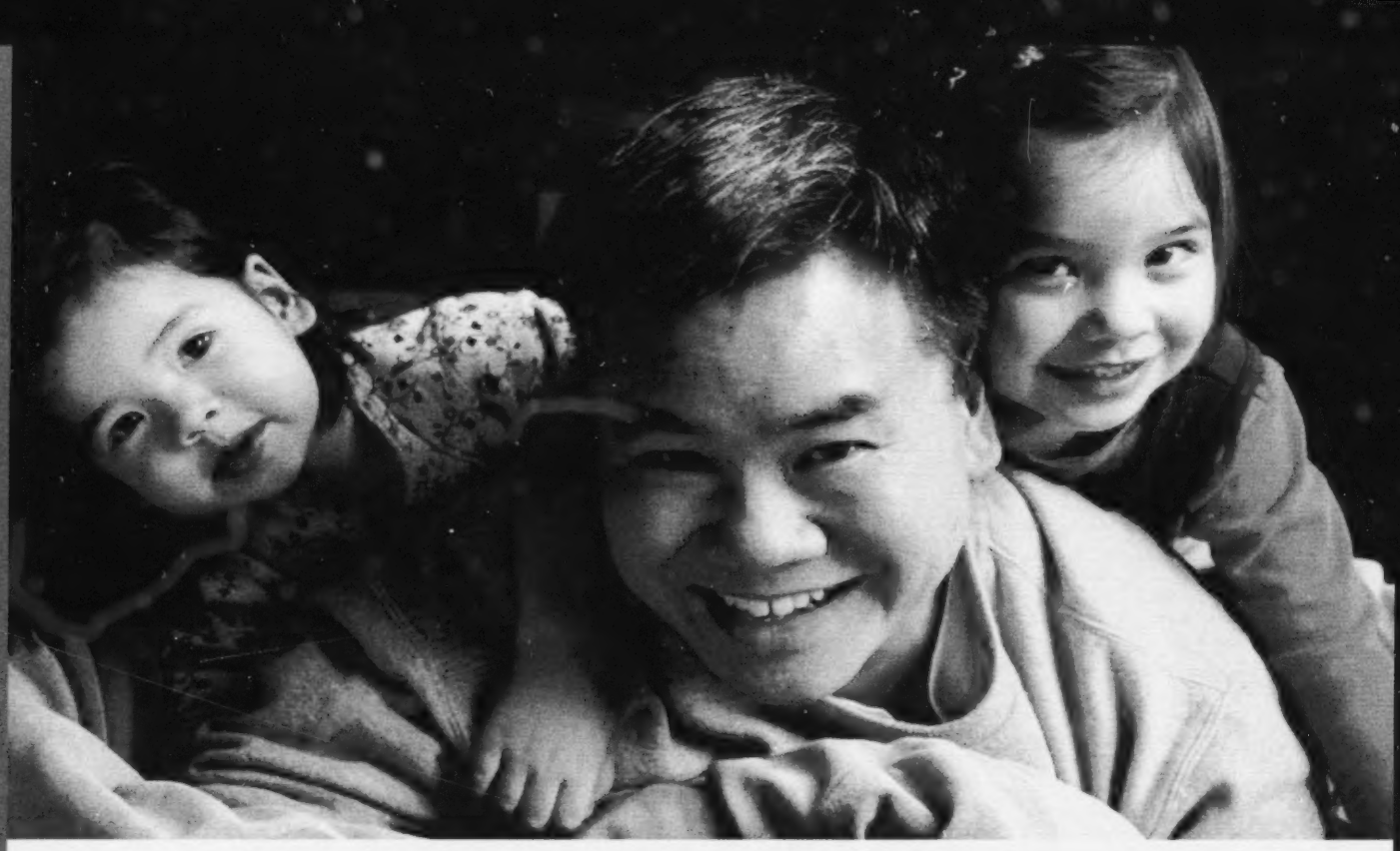
Compte tenu de son mandat élargi et du regroupement des fonctions, QSSO a vu son financement augmenter, passant de 7,4 millions de dollars en 2010-2011 à 30,5 millions de dollars en 2011-2012. La plus importante augmentation découle de l'élargissement des initiatives d'amélioration de la qualité confiées à QSSO et du transfert du Fonds d'aide à l'évaluation des technologies de la santé de l'Ontario, qui permet de financer les évaluations sur le terrain et les analyses économiques qu'effectuent nos partenaires dans le secteur de la santé. De plus, conformément à sa démarche axée sur les données probantes, QSSO a augmenté ses investissements dans les activités de recherche et de collecte de données afin de soutenir ses travaux fondés sur des données probantes et la publication de rapports sur l'état du système de santé de l'Ontario.

Afin de permettre le regroupement des fonctions, QSSO a reçu du financement de transition. Les travaux de l'équipe de transition, créée en 2010-2011, se sont poursuivis en 2011-2012. Entre autres activités, l'équipe a apporté son soutien à la négociation du protocole d'entente et de l'entente de responsabilisation avec le MSSLD, à la préparation du plan d'activités, à la rédaction du règlement et du cadre de référence relatifs au CCOTS, à l'élaboration de politiques et méthodes, à l'embauche de personnel, à la mise en place des bureaux de gestion de projets et de gouvernance, à divers achats et à la fusion de quatre systèmes de préparation de budgets et de rapports en un seul.

Compte tenu de l'ajout de personnel, QSSO a investi dans son infrastructure. Au cours de 2011-2012, QSSO a investi dans la rénovation et les améliorations locatives en occupant de nouveaux locaux afin de regrouper le personnel des quatre emplacements des organismes prédécesseurs dans deux emplacements. QSSO a en outre acquis un nouveau système téléphonique et mis en place une infrastructure de technologie de l'information plus solide à capacité renforcée (comprenant un réseau, des commutateurs, des serveurs et le stockage de données hors site) afin de desservir un nombre plus élevé d'employés travaillant dans divers endroits en raison de la nature des activités de l'organisme.

QSSO a terminé l'année avec un excédent de 3,3 millions de dollars. En tant qu'entité en pleine transformation, qui définit son plan stratégique et sa culture tout en élaborant et en exécutant simultanément ses initiatives, QSSO a préparé son premier budget en se fondant sur un programme prévoyant plus d'activités que ce que l'organisme a été en mesure d'accomplir. Misant dorénavant sur son plan stratégique, sa structure organisationnelle, une culture commune et une infrastructure appropriée, QSSO commence l'exercice 2012-2013 en étant bien placé pour s'acquitter avec succès de son mandat élargi.

Des renseignements financiers détaillés sont présentés dans les états financiers vérifiés qui commencent à la page 26.



QSSO mène ses activités sous la supervision d'un conseil d'administration composé de 9 à 12 membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, y compris le président et le vice-président désignés. La loi précise également qu'il faut diversifier les compétences. Tous les membres sont nommés à temps partiel.

On trouvera ci-dessous la liste des membres du conseil d'administration de 2011-2012, ainsi que leurs mandats :

Membre du conseil	Mandat
Lyn McLeod (présidente)	18 août 2005 – 17 août 2012
André Hurtubise	18 février 2009 – 17 février 2012
Bob Gardner	27 janvier 2010 – 26 janvier 2013
Gilbert Sharpe	3 mars 2010 – 2 mars 2013
Richard Alvarez	4 janvier 2011 – 3 janvier 2014
Andy Molino	16 avril 2008 – 15 août 2014
Marie Fortier (vice-présidente)	4 mai 2011 – 3 mai 2014
Tazim Virani	17 mai 2011 – 16 mai 2014
Faith Donald	27 janvier 2010 – 17 août 2014
Jeremy Grimshaw	18 août 2011 – 17 août 2014

L'année écoulée a été notre année de fondation. En plus de la mise en œuvre d'un grand nombre d'initiatives axées sur la collecte de données probantes et l'amélioration de la qualité décrites dans le présent rapport, nous avons considéré qu'il était très important de consacrer du temps et des efforts à la définition de notre plan stratégique et à l'optimisation de notre structure organisationnelle. Ces projets étant en grande partie achevés, nous pouvons maintenant, en collaboration avec les partenaires du système de santé, assumer efficacement notre rôle essentiel qui consiste à assurer un leadership et un soutien de qualité fondés sur des données probantes en vue de l'amélioration des résultats, de l'expérience et de l'optimisation des ressources.

Afin de satisfaire aux exigences prévues par l'entente de responsabilisation conclue avec le MSSLD, QSSO fournit un résumé de l'ensemble des recommandations fondées sur des données probantes adressées à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée ou au système de santé au cours de l'exercice 2011-2012. On en trouvera les détails complets sur le site Web de QSSO à l'adresse http://www.hqontario.ca/fr/mas/ohtac_home.html.

RECOMMANDATIONS ADRESSÉES À LA MINISTRE SUR LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

Au cours de l'exercice 2011-2012, le CCOTS a mis la dernière main à ses recommandations sur les stratégies de traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : QSSO a effectué neuf analyses des stratégies de traitement fondées sur des données probantes dans l'ensemble du spectre de la MPOC.

Cette maladie se classe au quatrième rang des causes de décès au Canada et est l'une des principales causes de morbidité. Une étude récemment réalisée en Ontario a révélé qu'une personne sur quatre souffrira probablement de la MPOC au cours de sa vie. De plus, elle est l'une des principales causes d'utilisation des soins de santé, notamment des hospitalisations et des visites aux services des urgences. Les répercussions importantes de la MPOC peuvent imposer un lourd fardeau économique aux individus et à la société.

L'examen a été entrepris à la demande du MSSLD. Le CCOTS a formulé 14 recommandations en vue d'orienter l'investissement des ressources en soins de santé dans le cadre d'une stratégie provinciale de lutte contre la MPOC; le conseil d'administration de QSSO a approuvé ces recommandations afin qu'elles soient communiquées à la ministre. Ces recommandations sont résumées ci-dessous :

- combler les lacunes sur le plan des connaissances publiques sur cette maladie;
- maximiser l'utilisation des vaccins antipneumococciques et antigrippaux auprès des patients atteints de la MPOC;
- adopter des stratégies fondées sur des données probantes afin d'encourager l'abandon du tabagisme chez les patients atteints de la MPOC (une séance intensive de counseling d'au moins 90 minutes étant notamment la méthode la plus efficace, avec des programmes de formation pour les professionnels de la santé qui l'offrent et le buproprion ou des thérapies de remplacement de la nicotine);
- fournir un accès continu aux soins multidisciplinaires communautaires existants pour la prise en charge de la MPOC modérée ou grave chez les patients stables;
- fournir un accès continu aux services existants de réadaptation pulmonaire pour la prise en charge de la MPOC modérée ou grave chez les patients stables;
- continuer de faire en sorte que l'oxygénothérapie de longue durée soit accessible aux patients atteints de la MPOC qui souffrent d'hypoxémie de repos grave (faible niveau d'oxygène dans le sang ≤ 55 mmHg);
- ne pas recourir à la ventilation à pression positive non invasive (VPPNI) pour traiter l'insuffisance respiratoire chronique chez les patients stables atteints de la MPOC en raison de son inefficacité clinique;
- recourir à la réadaptation pulmonaire pour traiter les patients à la suite d'une exacerbation aiguë, d'une aggravation soudaine des symptômes (dans un délai de un mois suivant le congé de l'hôpital);
- utiliser la VPPNI en guise de complément aux soins médicaux habituels comme traitement de première ligne chez les patients souffrant d'une insuffisance respiratoire aiguë attribuable à des exacerbations aiguës de la MPOC qui ne nécessitent pas un accès immédiat à la ventilation assistée effractive (VAE). La VPPNI doit être facilement accessible, tout comme les systèmes de soutien et les ressources humaines appropriés pour cette indication;
- recourir à la VPPNI pour aider les patients atteints de la MPOC qui ont échoué aux tests de ventilation spontanée à la suite d'une VOI;
- s'attendre à ce que les fournisseurs de soins de santé s'informent des préférences des patients concernant la ventilation assistée avant la décompensation respiratoire aiguë et s'en servent pour la prestation de ce service.

En présentant ces recommandations, QSSO a en outre fourni au ministère de la Santé et des Soins de longue durée des considérations de haut niveau pour leur mise en œuvre.

Les autres recommandations relatives à la MPOC portaient sur des aspects nécessitant des recherches plus approfondies. Puisque les données probantes étaient de piètre qualité, mais que les avantages éventuels étaient importants, le CCOTS

a demandé la réalisation d'évaluations sur le terrain des programmes d'entretien de réadaptation pulmonaire et de la télésurveillance. Il a en outre fourni une liste de stratégies de traitement à l'égard desquelles il n'avait pas suffisamment de données probantes pour formuler des recommandations.

AUTRES RECOMMANDATIONS ADRESSÉES À LA MINISTRE

Le CCOTS a adressé quatre autres recommandations à la ministre. Deux d'entre elles, qui portent sur la prévention des plaies de pression et l'ablation endovasculaire des varices, sont antérieures à la transition vers QSSO. Toutes les recommandations sont résumées ci-après.

- **Test sérologique pour le dépistage de la maladie cœliaque** – La maladie cœliaque est une maladie auto-immune qui apparaît chez les personnes prédisposées sur le plan génétique. La réaction immunologique est déclenchée par l'ingestion de gluten, une protéine que l'on trouve dans le blé, le seigle et l'orge. Son traitement consiste à respecter de façon rigoureuse un régime perpétuel sans gluten. Les tests sérologiques qui ont été mis au point pour le dépistage de la maladie cœliaque ne sont pas des services assurés par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario, bien qu'ils soient couverts dans d'autres provinces. Le coût d'un test varie entre 60 $ et 125 $. On obtient une confirmation au moyen de biopsies de l'intestin grêle.

Le CCOTS avait précédemment formulé des recommandations concernant les personnes souffrant des symptômes habituels tels que des troubles gastro-intestinaux, une anémie inexpliquée qui ne réagit pas aux suppléments de fer et une dermatite herpétiforme (une éruption composée d'élevures et de vésicules qui démange énormément). Cependant, il y a d'autres personnes souffrant de la maladie cœliaque qui sont asymptomatiques, notamment certaines personnes souffrant du diabète de type 1 ou d'une maladie thyroïdienne auto-immune et les parents au premier degré de ces personnes. Le CCOTS a examiné l'efficacité des divers tests sérologiques.

Le CCOTS a constaté que le test de détection des anticorps anti-transglutaminase tissulaire par mesure de l'immunoglobuline A était le plus efficace des tests évalués. Le CCOTS a recommandé que, parmi les patients asymptomatiques, seuls ceux de petite taille idiopathique (inexpliquée) recevant des soins pédiatriques subissent des tests de routine. On a en outre constaté que le fait d'effectuer des tests sérologiques et de les confirmer par la suite avec une biopsie était plus rentable que la biopsie seule, mais que cela augmente le risque de faux négatifs. Si les médecins étaient tenus d'établir que les critères appropriés relatifs aux patients asymptomatiques de petite taille idiopathique recevant des soins pédiatriques étaient fondés sur des données probantes, la recommandation devrait entraîner des coûts supplémentaires de 552 000 $.

- **Liaison croisée du collagène cornéen pour le traitement des troubles d'amincissement de la cornée** – L'amincissement de la cornée comprend un éventail de troubles découlant de maladies primaires comme le kératocône ou d'affections secondaires telles que celles qui surviennent après une chirurgie LASIK réfractive. Le kératocône en est la cause la plus courante. Il s'agit d'une maladie rare; toutefois, les premiers symptômes apparaissent tôt, à l'âge médian de 25 ans. L'amincissement de la cornée entraîne une forme irrégulière de la cornée qui, à son tour, provoque une perte importante d'acuité visuelle, qui rend des tâches quotidiennes simples, comme conduire, regarder la télévision ou lire, difficiles à accomplir. Les patients sont aiguillés vers la greffe cornéenne en dernier ressort lorsqu'ils ne peuvent plus tolérer les lentilles cornéennes ou que ces dernières n'assurent plus une vision adéquate.

La liaison croisée du collagène cornéen est une intervention irréversible durant laquelle on utilise la riboflavine et un rayonnement ultraviolet A pour stopper l'évolution de l'amincissement de la cornée en raffermissant le collagène sous-jacent. Cette intervention endoscopique, sûre et efficace est actuellement la seule qui permet de traiter la maladie sous-jacente. Elle ne limite pas les méthodes chirurgicales subséquentes ni ne gêne la greffe cornéenne, mais peut retarder la nécessité de procéder à cette dernière.

Après avoir examiné les données probantes et les résultats des consultations auprès d'experts, le CCOTS a recommandé que la liaison croisée du collagène cornéen soit mise à la disposition des personnes atteintes de troubles d'amincissement de la cornée, comme le kératocône, qui sont de nature évolutive. Le CCOTS a en outre constaté que, puisque l'intervention n'améliorait pas toujours l'acuité visuelle, d'autres interventions, comme les segments d'anneau cornéen intrastromal, pourraient devoir être envisagées pour la réadaptation visuelle et pour éviter une greffe cornéenne. Il a également constaté que le traitement n'est actuellement pas assuré par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario et qu'on devrait examiner les honoraires médicaux appropriés, les normes professionnelles, la réglementation et les établissements appropriés où la liaison croisée du collagène cornéen devrait être pratiquée. Le coût annuel a été estimé à 2,1 millions de dollars.

• **Prévention des plaies de pression** – En décembre 2011, on a communiqué à la ministre des recommandations sur la prévention des plaies de pression qui découlaient des travaux qu'avait effectués le CCOTS en 2009. Une plaie de pression, ou escarre de décubitus, est une lésion localisée de la peau et (ou) des tissus sous-jacents causée par la pression et le frottement, le plus souvent sur une saillie osseuse. Même si on peut les traiter lorsqu'elles sont décelées précocement, elles peuvent mettre la vie en danger et, dans de rares cas, entraîner des infections mortelles. Les gens courant le risque de présenter des plaies de pression sont les personnes âgées et les gens gravement malades, ainsi que les personnes souffrant de déficiences neurologiques et celles qui sont atteintes d'affections résultant de l'immobilité. Selon une enquête menée en 2004 auprès des établissements canadiens de soins de santé, le taux de prévalence des plaies de pression en Ontario se situait entre 13 et 53 pour cent, les établissements de soins de santé non actifs ayant affiché le taux le plus élevé. De plus, on estimait que les plaies de pression coûtaient annuellement environ 2,1 milliards de dollars au système de santé canadien.

Les pratiques actuelles de prévention des plaies de pression comprennent les dispositifs de redistribution de la pression tels que les matelas en mousse de rechange, les suppléments nutritifs, les régimes de repositionnement des patients et la prise en charge de l'incontinence.

Après avoir examiné les données probantes relatives aux diverses méthodes de prévention des plaies de pression, le CCOTS a recommandé ce qui suit :

- **pour les soins actifs,** la fourniture d'un matelas en mousse de qualité supérieure à toutes les personnes;
- **pour les salles d'opération,** l'utilisation d'une surface de soutien de qualité supérieure (en mousse ou en gel) durant les interventions chirurgicales d'une durée de plus de 90 minutes, les données les plus probantes favorisant les coussins en gel;
- **pour les soins de longue durée,** la fourniture d'un matelas en mousse de qualité supérieure à tous les pensionnaires des établissements de soins de longue durée;
- **pour les soins communautaires,** l'utilisation de l'échelle de risque des plaies de pression par les centres d'accès aux soins communautaires pour évaluer le risque que les clients présentent une telle plaie. Dans les cas où un risque est déterminé, un matelas en mousse à densité élevée doit être utilisé.

Les coûts et les avantages ont été évalués comme suit :

- **pour les soins actifs,** les coûts ponctuels de mise en œuvre s'élèveraient à 2,1 millions de dollars dans les services des urgences (SU) et cela permettrait de prévenir 1 005 cas annuels de plaies de pression dans ces services, ce qui entraînerait des économies annuelles d'environ 7,2 millions de dollars en coûts hospitaliers;
- **pour les salles d'opération,** les coûts ponctuels de mise en œuvre se chiffreraient à 1,9 million de dollars pour fournir des revêtements remplis de gel pour les tables d'opération, ce qui permettrait de prévenir 760 cas et d'économiser annuellement environ 7 millions de dollars en coûts de soins de santé;
- **pour les soins de longue durée,** les coûts ponctuels de 8,8 millions de dollars pour passer aux matelas en mousse permettraient de prévenir 1 597 cas annuels de plaies de pression dans les établissements et d'économiser annuellement environ 1,3 million de dollars en coûts de soins de santé;
- **pour les soins communautaires,** les coûts annuels de mise en œuvre s'élèveraient à 7,2 millions de dollars pour les clients bénéficiant de soins de longue durée dans des centres d'accès aux soins communautaires qui présentent un risque élevé de présenter des plaies de pression. Cela préviendrait 974 cas annuels et permettrait d'économiser annuellement environ 0,5 million de dollars en coûts de soins de santé.

• **Ablation endovasculaire des varices par radiofréquence** – En décembre 2011, on a communiqué au ministère des recommandations sur l'efficacité et l'innocuité de l'ablation endovasculaire par radiofréquence pour le traitement des varices primaires en se fondant sur des travaux qu'a effectués le CCOTS en janvier 2011. Les varices des membres inférieurs sont courantes chez les adultes et la transmission génétique est élevée. La prévalence estimée se situe entre 5 et 15 pour cent chez les hommes et entre 3 et 29 pour cent chez les femmes. Les varices sont des veines tortueuses, tordues ou étirées causées par le mauvais fonctionnement des valvules et une diminution de l'élasticité des parois de la veine, entraînant ainsi un reflux veineux (reflux sanguin dans la veine). Les symptômes du reflux veineux peuvent comprendre des douleurs aux jambes, une tuméfaction de ces dernières, une douleur pulsatile, des crampes nocturnes, des jambes sans repos, une fatigue des jambes et une lourdeur ou des démangeaisons ou une sensation de brûlure. Un reflux veineux prononcé qui n'est pas traité peut entraîner une insuffisance veineuse chronique (IVC) où les veines ne peuvent pas faire circuler suffisamment de sang appauvri en oxygène vers le cœur. Les signes cliniques de l'IVC peuvent comprendre un éventail d'affections telles que l'œdème, l'hyperpigmentation, l'eczéma, la lipodermatosclérose et les ulcères. L'IVC diminue la qualité de vie, particulièrement en ce qui a trait à la douleur, au

fonctionnement physique et à la mobilité. Dans les cas graves, la qualité de vie a été évaluée comme étant aussi mauvaise ou pire que celle liée à d'autres maladies chroniques comme les douleurs dorsales et l'arthrite.

La chirurgie, qui est le principal traitement dont on se sert pour les varices, consiste en l'ablation des veines touchées (éveinage). Les principaux inconvénients de l'éveinage chirurgical sont les suivants : il nécessite du temps en salle d'opération ainsi qu'une anesthésie générale et est lié à de longs délais de rétablissement et à un taux élevé de rechute.

Les techniques endovasculaires constituent une solution de rechange potentiellement importante à la chirurgie. Elles utilisent l'énergie thermique pour détruire la paroi de la veine. Les avantages sont les suivants : elles sont endoscopiques, peuvent être pratiquées dans une unité de soins externes et ne nécessitent pas d'anesthésie générale. Deux principales techniques sont utilisées :

- **l'ablation par laser (EVLT)** – utilise un laser à fibre pour distribuer de l'énergie thermique aux segments endommagés de la veine;
- **l'ablation par radiofréquence (ARF)** – utilise un cathéter à radiofréquence pour distribuer de l'énergie thermique aux segments endommagés de la veine.

Même si l'éveinage chirurgical est un service assuré en Ontario, les techniques d'ablation endovasculaire étaient principalement pratiquées dans des cliniques privées et aucune d'entre elles n'était assurée.

Le CCOTS a formulé les recommandations suivantes :

- Le traitement endovasculaire des varices est une solution de rechange moins effractive, plus sûre et plus efficace que l'éveinage qui devrait être mise à disposition des gens chez qui une échographie-Doppler exhaustive a permis de déceler la présence de varices symptomatiques et d'un reflux des veines saphènes, lorsque cela s'avère possible, à la suite de l'échec d'un traitement conservateur.
- Même s'il existe une nécessité médicale absolue d'intervenir par voie chirurgicale d'une façon ou d'une autre (y compris l'EVLT ou l'ARF) pour le traitement des varices liées à un ulcère veineux, une thrombophlébite ou une hémorragie, la décision de recommander une méthode de traitement semblable en se fondant sur d'autres symptômes modérés ou graves attribués à l'IVC (comme les douleurs aux jambes, l'œdème, la pigmentation, l'eczéma ou la lipodermatosclérose) doit être prise au cas par cas en fonction des définitions établies de la gravité de la maladie, comme le Venous Clinical Severity Score.
- Les mécanismes d'assurance de la qualité pour les médecins qui procèdent à des traitements endovasculaires et les établissements où ces derniers sont effectués doivent être considérés comme faisant partie de tout plan de mise en œuvre.

On prévoit que le coût différentiel moyen du financement par la province des traitements par ablation s'élèverait à 4 millions de dollars par année (3 millions de dollars pour l'EVLT et 1 million de dollars pour l'ARF) en plus des 1,8 million de dollars dépensés chaque année pour l'éveinage chirurgical, en supposant que les coûts d'immobilisations sont amortis sur une période de cinq ans.

RECOMMANDATIONS ADRESSÉES AU SYSTÈME DE SANTÉ

Les autres recommandations que le CCOTS a adressées au système de santé durant l'exercice 2011-2012 sont résumées ci-dessous.

- **Test génétique de détection de la myocardiopathie dilatée** – La myocardiopathie dilatée est une affection qui survient lorsque le cœur s'affaiblit et se dilate, ce qui a une incidence sur sa capacité de faire circuler efficacement le sang. Il s'agit d'une cause courante d'insuffisance cardiaque chez les enfants et les adultes. Chez les enfants, il s'agit du type de maladie du muscle cardiaque le plus courant. Au moins une personne sur 2 500 souffre actuellement de myocardiopathie dilatée; cependant, le problème est considéré comme étant largement sous-diagnostiqué puisque les sujets sont souvent asymptomatiques jusqu'à l'apparition de symptômes graves.

À la demande du CCOTS, QSSO a procédé à un examen préliminaire des données probantes concernant la précision diagnostique et l'utilité clinique des tests génétiques de détection de la myocardiopathie dilatée. Après avoir examiné le manque de données probantes concernant la précision diagnostique des tests génétiques et de ses répercussions sur les résultats cliniques et la prise en charge de la maladie, le CCOTS n'a pas recommandé l'accès à ces tests pour les personnes chez lesquelles on a diagnostiqué la maladie ou pour les membres de leur famille immédiate ou élargie.

- **Télésurveillance assistée par Internet des dispositifs cardiovasculaires électroniques implantables** – Les dispositifs cardiovasculaires implantables sont des stimulateurs cardiaques et des défibrillateurs cardiaques servant à traiter

l'insuffisance cardiaque et l'activité cardiaque irrégulière. À l'heure actuelle, les patients munis de ces dispositifs se rendent régulièrement dans des cliniques externes afin que les médecins puissent s'assurer du bon fonctionnement de leur dispositif et surveiller toute arythmie cardiaque (battements cardiaques anormaux). Cependant, le fait de compter sur ces visites prévues peut faire en sorte que des événements arythmiques asymptomatiques soient décelés des semaines ou des mois après leur apparition, retardant les ajustements du dispositif implanté ou la prise en charge médicale des patients.

Des systèmes de télésurveillance (STS) (ou à domicile) ont été mis au point afin de fournir aux médecins des données provenant des dispositifs implantables sans pratiquement aucun délai. Ils peuvent en outre réduire la durée du suivi en clinique, la charge de travail des médecins ainsi que les coûts de transport des patients – particulièrement dans les régions où il y a un manque de cliniques externes. Toutefois, ils n'éliminent pas complètement les visites en clinique puisque les patients doivent tout de même prendre rendez-vous pour faire ajuster leurs dispositifs.

En se basant sur un examen fondé sur des données probantes et sur un processus d'engagement clinique, le CCOTS a conclu que les STS doivent être de plus en plus utilisés pour les patients qui ont de la difficulté à accéder à des cliniques externes pour des raisons géographiques ou autres. Le CCOTS a en outre reconnu qu'il existait une grande diversité sur le plan de l'implantation des dispositifs, des questions organisationnelles de portée générale ainsi qu'un manque d'information sur ces systèmes. Il a donc recommandé la mise sur pied d'un comité d'experts dont le mandat est d'assurer la planification à long terme des questions organisationnelles de portée générale qui pourraient influencer l'orientation et les résultats possibles de la mise en œuvre des STS dans les cliniques qui cherchent à accroître l'efficience de la surveillance à long terme d'un nombre croissant de patients.

- **Mise à jour sur la sclérose en plaques et l'insuffisance veineuse céphalorachidienne chronique** – On croit que la sclérose en plaques (SP), qui est une maladie neurologique chronique évolutive, est d'origine auto-immune. Selon une théorie plus récente, une anomalie du drainage sanguin du cerveau et de la moelle épinière, l'insuffisance veineuse céphalorachidienne chronique (IVCC), pourrait être liée à la SP.

En mai 2010, le Secrétariat des services consultatifs médicaux (SSCM – qui fait maintenant partie de QSSO) a publié un examen préliminaire des données probantes sur la sclérose en plaques et l'insuffisance veineuse céphalorachidienne chronique. L'examen a conclu que, même si les rapports initiaux sur les interventions intravasculaires visant à supprimer l'obstruction des veines crâniennes dans les cas de SP étaient encourageants, des questions demeuraient malgré tout sans réponse : le lien entre l'état proposé de l'IVCC et la SP, les critères de diagnostic de l'IVCC et les technologies de neuroimagerie utilisées pour étudier l'IVCC.

En décembre 2011, le CCOTS a publié les résultats de la mise à jour de son examen préliminaire des données probantes jusqu'en juillet 2011. Il n'a pu formuler de recommandations à ce moment-là en raison du peu de données probantes disponibles, considérant le traitement comme étant expérimental. Ainsi, les patients atteints de SP qui voulaient faire l'objet de ces études étaient encouragés à participer à des essais cliniques. Le CCOTS a indiqué qu'il continuera de surveiller de près les nouvelles données probantes.

- **Thérapie du mouvement induit par la contrainte pour la réadaptation du dysfonctionnement des bras à la suite d'un AVC chez les adultes** – Environ 1 pour cent de la population vit avec les séquelles d'un AVC et jusqu'à 85 pour cent des personnes qui ont subi un AVC constitué peuvent avoir des déficiences résiduelles du fonctionnement des bras qui nuisent à leur capacité de vivre de façon autonome. La thérapie du mouvement induit par la contrainte (TMIC) est une méthode comportementale de réadaptation destinée aux personnes souffrant d'un dysfonctionnement des bras à la suite d'un AVC. Les principaux éléments de la TMIC comprennent :
  - des exercices intensifs répétitifs axés sur des tâches spécifiques du membre handicapé pendant plusieurs heures par jour sur une période de 10 à 15 jours;
  - l'immobilisation du bras intact pendant un maximum de 90 pour cent des heures d'éveil;
  - la mise en forme en augmentant progressivement la difficulté des exercices à mesure que le rendement s'améliore et en fournissant immédiatement une rétroaction encourageante lorsque de petits progrès sont réalisés.

Après avoir examiné les données probantes qu'a recueillies QSSO, obtenu des commentaires de deux experts éminents dans le domaine de la réadaptation à la suite d'un AVC et mis en place un processus d'engagement du public, le CCOTS a constaté que la TMIC s'était révélée efficace à court terme pour le fonctionnement des bras. Il a recommandé qu'elle soit prise en compte dans le programme de réadaptation à la suite d'un AVC à partir d'un mois après la survenue de l'AVC. Il a noté que ces observations devaient être mises en contexte sur le plan de la prise en charge de la réadaptation à la suite d'un AVC en Ontario. Le CCOTS a en outre appuyé les recommandations du Stroke Evaluation Report 2011 de l'ICES concernant l'accès aux

soins externes de réadaptation à la suite d'un AVC et le suivi de ceux-ci.

- **Surveillance continue de la glycémie chez les patients atteints de diabète** – Environ 9 pour cent de la population est diabétique et de nombreuses personnes nécessitent une insulinothérapie. L'autosurveillance traditionnelle de la glycémie est effectuée en prélevant un échantillon de sang par ponction capillaire et en le mesurant à l'aide d'un petit dispositif portatif. Même si elle est précise au moment de la mesure, elle peut passer à côté de fluctuations marquées, ce qui nuit à l'optimisation du traitement. La surveillance continue de la glycémie mesure constamment les taux de glucose dans le liquide où baignent les cellules cutanées sur une période donnée, déterminant ainsi les fluctuations qui passeraient autrement inaperçues.

QSSO a effectué une recherche documentaire pour déterminer l'efficacité et l'efficience de la surveillance continue de la glycémie combinée à l'autosurveillance glycémique par rapport à l'autosurveillance seule dans la prise en charge du diabète insulinodépendant. On a ensuite consulté des experts cliniques.

Le CCOTS n'a pas recommandé la surveillance continue de la glycémie combinée à l'autosurveillance glycémique pour la prise en charge du diabète insulinodépendant.

- **Courbes de pression diurnes pour l'évaluation de l'apparition ou de l'évolution du glaucome** – La pression intraoculaire élevée constitue un facteur de risque de glaucome. Cependant, il est possible qu'une seule lecture dans le cabinet du médecin ne révèle pas la plage de pressions intraoculaires d'un patient; en effet, des études menées au sein de la population ont démontré que les lectures de la pression intraoculaire du tiers à la moitié des patients ayant constaté une diminution de leur champ visuel en raison de glaucome étaient normales lors de l'examen initial. Les mesures multiples de la pression intraoculaire au cours d'une journée peuvent être utilisées pour produire une courbe de pression diurne qui pourrait avoir une importance clinique sur le plan du diagnostic et de la prise en charge des patients souffrant d'affections liées à la pression intraoculaire.

QSSO a effectué une analyse fondée sur des données probantes pour déterminer si l'utilisation d'une courbe de pression diurne était plus efficace que les mesures ponctuelles pour évaluer la pression intraoculaire en tant que facteur de risque d'apparition ou d'évolution du glaucome ainsi que pour déterminer si elle a mené à la prise en charge plus efficace de la maladie chez les personnes soupçonnées d'être atteintes du glaucome ou souffrant de glaucome progressif, malgré des mesures ponctuelles normales de la pression intraoculaire en cabinet.

En se fondant sur l'examen des données probantes et la consultation d'un expert clinique en ophtalmologie, le CCOTS n'a pas recommandé l'adoption des courbes de pression diurnes pour la prise en charge du glaucome en raison d'un manque de données probantes à l'appui.

- **Nouveaux tests pharmacogénomiques** – Les tests pharmacogénomiques peuvent déterminer la réaction de chaque patient à divers traitements, dont la chimiothérapie, selon ses gènes. Certains de ces traitements ont de graves effets secondaires. En février 2010, Action Cancer Ontario a demandé au Secrétariat des services consultatifs médicaux, qui fait maintenant partie de QSSO, d'analyser trois tests pharmacogénomiques importants qui sont utilisés à grande échelle dans le domaine de l'oncologie en Ontario.

Le Secrétariat des services consultatifs médicaux et son collaborateur de recherche, THETA, ont mené une méga-analyse afin de déterminer l'efficacité de ces tests pour prédire quels patients réagiront positivement à une thérapie donnée, ainsi que la rentabilité de leur thérapie comparativement aux autres méthodes de soins. L'Ontario Clinical Oncology Group mène actuellement une évaluation sur le terrain du test Oncotype-DX qui devrait être achevée d'ici 2013.

En plus de contextualiser les données probantes sur ces tests, on a demandé au comité d'experts convoqué de déterminer les tests pharmacogénomiques nouveaux ou existants qui exercent une pression réelle sur le système de santé. Grâce à cet exercice, le comité a cerné les priorités des analyses fondées sur des données probantes pour la province. Le CCOTS a donc recommandé que la province trouve et acquière le plus tôt possible les ressources nécessaires pour réaliser des tests pharmacogénomiques relativement à ces traitements : warfarine, carbamazépine, abacavir, azathioprine, gène HER-2/neu pour le cancer de l'estomac, mutations du gène BRAF et inhibiteurs de la croissance des cellules de mélanome, gènes BRCA 1 et 2 pour le cancer de l'ovaire et mutations du gène ALK et inhibiteurs du cancer du poumon et du neuroblastome. Le CCOTS a en outre appuyé la recommandation selon laquelle un mécanisme devrait être élaboré pour déterminer les nouveaux tests pharmacogénomiques et en prioriser l'évaluation.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ
S/N QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

ÉTATS FINANCIERS
31 MARS 2012

TABLE DES MATIÈRES

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS INDÉPENDANTS : ÉTATS FINANCIERS

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS INDÉPENDANTS 28

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011) 30

ÉTAT DES RÉSULTATS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012
(avec chiffres comparatifs de 2011) 31

CHARGES RELATIVES À LA STRUCTURATION DE L'ORGANISME
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011) 32

CHARGES RELATIVES À LA RECHERCHE ET À LA PRÉSENTATION DE RAPPORTS
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011) 32

CHARGES RELATIVES AUX CONSEILS FONDÉS SUR DES DONNÉES PROBANTES
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011) 33

CHARGES RELATIVES À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011) 33

CHARGES RELATIVES AU FONDS D'AIDE À L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ POUR
L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011) 34

CHARGES RELATIVES À LA TRANSITION POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012
(avec chiffres comparatifs de 2011) 34

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012
(avec chiffres comparatifs de 2011) 35

NOTES AFFÉRENTES AUX ÉTATS FINANCIERS 31 MARS 2012 36

Les notes jointes font partie intégrante des présents états financiers.

LOFTUS ALLEN & CO. PROFESSIONAL CORPORATION
CHARTERED ACCOUNTANTS

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS INDÉPENDANTS

Aux membres du conseil d'administration du Conseil ontarien de la qualité des services de santé s/n Qualité des services de santé Ontario

Nous avons vérifié les états financiers du Conseil ontarien de la qualité des services de santé s/n Qualité des services de santé Ontario joints aux présentes, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 ainsi que les états des résultats et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, un résumé des principales méthodes comptables, les annexes connexes et d'autres notes explicatives. Les états financiers ont été préparés par la direction conformément aux dispositions relatives aux rapports financiers établies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et aux normes comptables pour le secteur public canadien.

Responsabilité de la direction à l'égard des états financiers

La direction est responsable de la préparation de ces états financiers conformément aux normes comptables pour le secteur public canadien, ainsi que des contrôles internes qu'elle considère comme étant nécessaires pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'inexactitudes importantes, que celles-ci résultent de fraude ou d'erreurs.

Responsabilité des vérificateurs

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification. Nous avons effectué notre vérification conformément aux normes canadiennes de vérification généralement reconnues. Ces normes exigent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions la vérification de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes.

La vérification comprend la mise en œuvre de procédures visant à recueillir des éléments probants concernant les montants et l'information fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement des vérificateurs, en ce qui a trait notamment à l'évaluation des risques que les états financiers comportent des inexactitudes importantes, que celles-ci résultent de fraude ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, les vérificateurs tiennent compte des contrôles internes de l'entité portant sur la préparation des états financiers afin de concevoir des procédures de vérification adaptées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité des contrôles internes de l'entité. La vérification comprend également l'évaluation du caractère approprié des méthodes comptables utilisées et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation des états financiers.

Nous estimons avoir obtenu des éléments probants suffisants et appropriés sur lesquels fonder notre opinion.

5409, av. Eglinton O, bureau 107, Toronto (Ontario) M9C 5K6
Téléphone et télécopieur : 905 566-7333 Sans frais : 1 866 749-9228
www.loftusallen.com

LOFTUS ALLEN & CO. PROFESSIONAL CORPORATION
CHARTERED ACCOUNTANTS

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS INDÉPENDANTS (suite)

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, à tous égards importants, une image fidèle de la situation financière du Conseil ontarien de la qualité des services de santé s/n Qualité des services de santé Ontario au 31 mars 2012 ainsi que de ses résultats de fonctionnement et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables pour le secteur public canadien. Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 3 afférente aux états financiers, qui décrit les règles comptables de base. Les états financiers sont préparés dans le but de permettre au Conseil ontarien de la qualité des services de santé s/n Qualité des services de santé Ontario de se conformer aux exigences de l'entente de financement conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. En conséquence, il est possible que les états financiers ne puissent se prêter à une autre fin. Notre rapport est destiné uniquement au Conseil ontarien de la qualité des services de santé s/n Qualité des services de santé Ontario et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Loftus Allen + Co
Professional Corporation

Comptables agréés, autorisés à exercer
l'expertise comptable par l'Institut
des comptables agréés de l'Ontario

Toronto (Ontario)
22 juin 2012

5409, av. Eglinton O, bureau 107, Toronto (Ontario) M9C 5K6
Téléphone et télécopieur : 905 566-7333 Sans frais : 1 866 749-9228
www.loftusallen.com

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ s/n QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011	1er avril 2011
ACTIF FINANCIER			
Encaisse	**5 092 291 $**	232 661 $	1 456 210 $
Encaisse destinée aux prestations de fin d'emploi, *note 9*	**86 668**	-	-
Encaisse destinée aux congés accumulés, *note 9*	**11 070**	-	-
Comptes débiteurs	-	441 000	-
	5 190 029	673 661	1 456 210
PASSIF			
Comptes créditeurs et charges à payer	**1 871 290**	1 009 095	877 358
Passif au titre du financement des prestations de fin d'emploi, *note 9*	**86 668**	-	-
Passif au titre des congés accumulés, *note 9*	**11 070**	-	-
Montant dû au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *note 4*	**3 303 284**	9 953	625 850
	5 272 312	1 019 048	1 503 208
ACTIF FINANCIER NET (DETTE)	**(82 283)**	(345 387)	(46 998)
ACTIF NON FINANCIER			
IMMOBILISATIONS CORPORELLES			
Ordinateur et matériel	**190 839**	126 428	126 428
Meubles et accessoires de bureau	**903 823**	80 313	80 313
Améliorations locatives	**1 149 341**	229 479	229 479
	2 244 003	436 220	436 220
Moins : Amortissement cumulé	**2 244 003**	436 220	436 220
	-	-	-
CHARGES PAYÉES D'AVANCE	**82 283**	345 387	46 998
EXCÉDENT ACCUMULÉ	**- $**	- $	- $

APPROUVÉ AU NOM DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

Administrateur

Administrateur

Les notes jointes font partie intégrante des présents états financiers.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ s/n QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

ÉTAT DES RÉSULTATS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011
REVENUS		
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	**30 460 125 $**	7 433 275 $
Présentation d'exposés	**8 439**	2 653
Intérêts	**55 876**	10 171
	30 524 440	7 446 099
CHARGES		
Structuration de l'organisme – voir l'annexe (page 32)	**5 335 725**	3 822 920
Recherche et présentation de rapports – voir l'annexe (page 32)	**1 833 980**	526 774
Conseils fondés sur des données probantes – voir l'annexe (page 33)	**2 442 381**	-
Amélioration de la qualité – voir l'annexe (page 33)	**10 597 361**	3 086 452
Fonds d'aide à l'évaluation des technologies de la santé – voir l'annexe (page 34)	**4 602 120**	-
Coûts de transition – voir l'annexe (page 34)	**2 419 542**	-
	27 231 109	7 436 146
EXCÉDENT DES REVENUS PAR RAPPORT AUX CHARGES	**3 293 331**	9 953
MONTANT DÛ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, *note 4*	**3 293 331 $**	9 953 $

Les notes jointes font partie intégrante des présents états financiers.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ s/n QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

CHARGES RELATIVES À LA STRUCTURATION DE L'ORGANISME POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011
Salaires et avantages sociaux	**2 115 967 $**	2 397 674 $
Loyer	**833 665**	518 754
Honoraires professionnels	**634 371**	118 002
Matériel de bureau et améliorations locatives	**326 892**	81 776
Services professionnels en TI	**319 199**	201 397
Télécommunications	**221 031**	71 533
Déplacements	**160 182**	57 177
Impression et photocopie	**150 381**	2 613
Infographie et autres coûts	**99 109**	47 650
Éducation et formation	**74 466**	-
Services juridiques et de vérification	**82 380**	96 642
Papeterie et fournitures de bureau	**62 477**	25 592
Honoraires aux membres du Conseil	**56 272**	69 103
Coûts financiers et paie	**48 164**	15 797
Messagerie et livraison	**43 002**	19 731
Événements	**35 017**	-
Assurance	**30 671**	6 686
Création du site Web	**28 306**	18 469
Publications et adhésions	**14 173**	74 324
	5 335 725 $	3 822 920 $

CHARGES RELATIVES À LA RECHERCHE ET À LA PRÉSENTATION DE RAPPORTS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011
Salaires et avantages sociaux	**1 219 801 $**	106 423 $
Honoraires professionnels	**302 341**	370 696
Coûts des enquêtes sur les SLD	**200 000**	-
Publications et documentation	**45 241**	270
Événements et déplacements	**10 856**	12 899
Frais de traduction et de rédaction	**28 890**	36 486
Éducation et formation	**26 851**	-
	1 833 980 $	526 774 $

Les notes jointes font partie intégrante des présents états financiers.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ s/n QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

CHARGES RELATIVES AUX CONSEILS FONDÉS SUR DES DONNÉES PROBANTES POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011
Salaires et avantages sociaux	2 266 119 $	- $
Évaluations sur le terrain	125 000	-
Événements et déplacements	32 525	-
Consultation, recherche et communications	18 737	-
	2 442 381 $	- $

CHARGES RELATIVES À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011
Salaires et avantages sociaux	8 635 894 $	1 899 456 $
Événements	688 112	430 556
Honoraires professionnels	443 434	413 787
Déplacements	353 038	83 178
Paiements à d'autres organismes	212 500	-
Éducation et formation	120 237	115 076
Frais de traduction et de rédaction	59 629	6 870
Services professionnels en TI	34 229	-
Médias et autres charges	26 466	116 518
Honoraires	23 822	21 011
	10 597 361 $	3 086 452 $

Les notes jointes font partie intégrante des présents états financiers.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ s/n QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

CHARGES RELATIVES AU FONDS D'AIDE À L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011
PATH	1 673 672 $	- $
Réseau universitaire de santé	1 907 630	-
Université de Toronto	576 400	-
Université McMaster	444 418	-
	4 602 120 $	- $

CHARGES RELATIVES À LA TRANSITION POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011
Matériel de bureau et entretien	1 357 195 $	- $
Honoraires professionnels	583 476	-
Bail	296 695	-
Services professionnels en TI	154 996	-
Services juridiques	27 180	-
	2 419 542 $	- $

Les notes jointes font partie intégrante des présents états financiers.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ s/n QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012
(avec chiffres comparatifs de 2011)

	2012	2011
OPÉRATIONS D'EXPLOITATION		
Argent reçu de :		
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	**30 901 125 $**	6 992 275 $
Intérêts	**55 876**	10 171
Présentation d'exposés	**8 439**	2 653
	30 965 440	7 005 099
Argent payé pour :		
Conseils fondés sur des données probantes	**(2 442 381)**	-
Structuration de l'organisme	**(3 785 796)**	(4 379 332)
Recherche et présentation de rapports	**(1 833 980)**	(744 063)
Amélioration de la qualité	**(10 597 361)**	(2 766 792)
Fonds d'aide à l'évaluation des technologies de la santé	**(4 602 120)**	-
Projets spéciaux	-	(256 685)
Coûts de transition	**(1 062 347)**	-
	(24 323 985)	(8 146 872)
Encaisse générée par les activités d'exploitation (ou utilisée aux fins de ces activités	**6 641 455**	(1 141 773)
OPÉRATIONS SUR IMMOBILISATIONS		
Produits sur la vente d'immobilisations corporelles	-	-
Encaisse utilisée pour acquérir des immobilisations corporelles	**(1 684 087)**	(81 776)
Encaisse générée par les opérations sur immobilisations (ou utilisées aux fins de ces opérations)	**(1 684 087)**	(81 776)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE L'ENCAISSE	**4 957 368**	(1 223 549)
ENCAISSE, début de l'exercice	**232 661**	1 456 210
ENCAISSE, fin de l'exercice	**5 190 029 $**	232 661 $

Les notes jointes font partie intégrante des présents états financiers.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ s/n QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

NOTES AFFÉRENTES AUX ÉTATS FINANCIERS 31 MARS 2012

1. L'ORGANISME

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) est un organisme indépendant créé le 12 septembre 2005 en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* de l'Ontario.

Aux termes de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* promulguée le 3 juin 2010, le COQSS a reçu un mandat élargi visant notamment à :

- recommander des normes de soins et des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes et aider les fournisseurs de santé à les adopter;
- surveiller les efforts d'amélioration de la qualité déployés dans l'ensemble des secteurs de la santé et en faire rapport;
- diriger les efforts de la province en matière de sécurité, de qualité, d'efficience et d'expérience du patient dans l'ensemble des secteurs de la santé.

Le COQSS a reçu le nom de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) le 15 février 2011. Le 1er avril 2011, quatre organismes ont fusionné au sein de QSSO. Il s'agit du Secrétariat des services consultatifs médicaux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, du Centre for Healthcare Quality Improvement, du Conseil ontarien de la qualité des services de santé et du Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation. En outre, QSSO a assumé la responsabilité du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé et du Fonds d'aide à l'évaluation des technologies de la santé de l'Ontario. QSSO est fier de participer à la création du principal organisme de la province responsable de la promotion de la qualité au sein du système de soins de santé de l'Ontario.

L'organisme fusionné coordonne, regroupe et renforce le recours à des technologies et des initiatives favorisant les pratiques fondées sur des données probantes, soutient l'amélioration constante de la qualité et continue à surveiller les résultats du système de santé et à en faire rapport. Le mandat de QSSO comprend la recommandation de soins fondés sur des données probantes, le soutien continu de l'adoption de normes de soins par les fournisseurs de soins de santé ainsi que le suivi du rendement du système de santé de l'Ontario et la présentation de rapports sur ce rendement.

Le regroupement de l'infrastructure favorisant des soins de santé de qualité renforcera la responsabilisation, développera des synergies entre les programmes existants et permettra à l'organisme de mettre l'accent sur l'ensemble du traitement du patient dans tous les secteurs. L'objectif de QSSO est de soutenir un cheminement dans le système de santé efficient et axé sur le patient.

2. PASSAGE AUX NORMES COMPTABLES POUR LE SECTEUR PUBLIC

Depuis l'exercice financier ayant pris fin le 31 mars 2012, QSSO a adopté les normes comptables pour le secteur public canadien. Les présents états financiers sont les premiers auxquels QSSO a appliqué ces normes comptables.

Le passage aux normes comptables pour le secteur public canadien n'a aucune incidence sur l'excédent ou le déficit accumulé à la date de transition ni sur l'excédent annuel comparatif.

3. RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

a) Règles comptables de base

La direction a préparé les présents états financiers conformément aux normes comptables pour le secteur public canadien applicables aux entités provinciales publiant des états financiers, établies par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public canadien, à l'exception de celles qui sont notées au paragraphe 3 b).

b) Immobilisations corporelles
Les immobilisations corporelles achetées avec des fonds gouvernementaux sont entièrement amorties dans l'année d'acquisition pour autant qu'elles aient été utilisées. Cette politique est conforme aux méthodes comptables énoncées dans les lignes directrices du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) en matière de financement. Le financement provenant du MSSLD est entièrement destiné à l'exploitation et non aux immobilisations.

c) Charges payées d'avance
Les charges payées d'avance comprennent l'assurance et le loyer et sont imputées aux charges durant les périodes auxquelles elles devraient s'appliquer.

d) Dons de matériel et de services
La valeur des dons de matériel et de services de travailleurs bénévoles n'a pas été inscrite dans les états financiers. L'organisme n'achète habituellement pas ces services, dont il est difficile de déterminer la juste valeur.

e) Revenus et charges
La méthode comptable de report est utilisée. Les revenus sont constatés au moment où les dépenses sont engagées. Conformément aux lignes directrices du MSSLD, certains postes ont été imputés aux charges même si les produits livrables n'ont pas encore tous été reçus. Ces charges sont appariées au financement accordé par le ministère à ces fins.

f) Incertitude relative à la mesure
La préparation des états financiers conformément aux normes comptables pour le secteur public canadien exige que la direction effectue des prévisions et émette des hypothèses qui influent sur les montants de l'actif et du passif déclarés, l'actif et le passif éventuels divulgués à la date des états financiers ainsi que les montants des revenus et des charges déclarés au cours de la période visée.

Les estimations sont fondées sur les données les plus fiables, disponibles au moment de la préparation des états financiers, et sont rajustées chaque année en fonction des nouvelles données fournies. Une incertitude relative à la mesure existe dans les présents états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces prévisions.

4. MONTANT DÛ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Conformément à la politique financière du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), les fonds excédentaires reçus sous forme de subventions sont récupérés par le ministère après la fin de l'exercice durant lequel l'excédent a été constaté.

	2012	2011
Excédent des revenus sur les charges en 2011	9 953 $	9 953 $
Excédent des revenus sur les charges en 2012	3 293 331	-
Remboursement total à la fin de l'exercice	3 303 284 $	9 953 $

5. OBLIGATIONS DÉCOULANT DES BAUX

Il y avait deux baux en vigueur à la fin de l'exercice financier : celui de l'emplacement principal venant à échéance le 31 août 2018 et celui d'un emplacement secondaire venant à échéance le 25 août 2015. Le loyer annuel net en vertu du bail principal est de 218 746 $ jusqu'au 31 mars 2015, après quoi il augmentera à 301 550 $ jusqu'au 31 août 2018. Le bail secondaire a été résilié le 1er juin 2012 moyennant une indemnité négociée. Cette indemnité correspondait à sept mois de loyer brut évalués à 103 472 $, TPS incluse. Les paiements annuels nets au titre des locaux loués au cours des cinq prochaines années sont évalués comme suit :

2013	218 746 $
2014	218 746 $
2015	218 746 $
2016	301 550 $
2017	301 550 $

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ s/n QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

6. DÉPENDANCE ÉCONOMIQUE

Le COQSS reçoit la totalité de son financement du MLSSD.

7. INSTRUMENTS FINANCIERS

Juste valeur – La valeur comptable de l'encaisse, des comptes créditeurs et des charges à payer telles qu'elles sont présentées dans la situation financière se rapprochent de leur juste valeur respective en raison de leur échéance à court terme ou de la possibilité de les liquider rapidement. L'organisme dépose la totalité de son encaisse auprès d'une seule institution financière.

8. ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA CLÔTURE DE L'EXERCICE

Comme l'indique la *note 5*, l'un des baux a pris fin le 1er juin 2012 moyennant une indemnité de 103 472 $.

9. ENGAGEMENTS

La responsabilité des indemnités de fin d'emploi et des congés accumulés par les employés du MSSLD a été transférée à l'organisme le 1er avril 2011 au moment de la fusion des divers organismes.

10. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres comparatifs ont été retraités conformément à la présentation des états de l'exercice en cours.

ANNEXE RELATIVE AUX REVENUS, AUX CHARGES ET AU BUDGET POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	ACTUAL	BUDGET
REVENUS		
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	**30 460 125 $**	30 460 125 $
Présentation d'exposés	**8 439**	-
Intérêts	**55 876**	-
	30 524 440	30 460 125
CHARGES		
Structuration de l'organisme	**5 335 725**	3 673 656
Recherche et présentation de rapports	**1 833 980**	3 057 800
Conseils fondés sur des données probantes	**2 442 381**	3 153 247
Amélioration de la qualité	**10 597 361**	13 555 922
Fonds d'aide à l'évaluation des technologies de la santé	**4 602 120**	4 600 000
Coûts de transition	**2 419 542**	2 419 500
	27 231 109	30 460 125
MONTANT DÛ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE	**3 293 331 $**	- $

ISSN 1911-5016 (Imprimé)
ISSN 1911-5024 (En ligne)
ISBN 978-1-4606-0340-6 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-0341-3 (PDF)
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest, 10e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5
Tél. : 416 323-6868 | 1 866 623-6868
Téléc. : 416 323-9261

www.hqontario.ca